

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juin 1901, à 1 heure

PAR
H. PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU

TRAITEMENT DES ACCÈS D'ÉCLAMPSIE

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : MM. {
BRISSAUD, Professeur.
VARNIER, Agrégé.
MÉRY, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

• 23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juin 1901, à 1 heure

PAR

H. PARIS

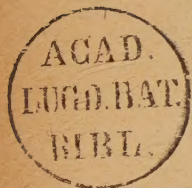
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES ACCÈS D'ÉCLAMPSIE

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : MM. {
BRISSAUD, Professeur.
VARNIER, Agrégé
MÉRY, Agrégé.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	DEJERINE
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
Clinique gynécologique	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THIROLOIX
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	HEIM.	REMY.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
DELBET.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
DESGREZ.	LEGUEU.	TEISSIER.	

Chef des Travaux anatomiques : **M. RIEFFEL.**

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA MÈRE

*Témoignage de reconnaissance
pour les sacrifices que lui
ont imposé mes études mé-
dicales.*

A MES MAÎTRES

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Le traitement des accès d'éclampsie que nous préconisons dans notre thèse inaugurale est un traitement strictement pathogénique et dans lequel nous avons rejeté tous les médicaments qui s'adressent aux divers symptômes de cette grave affection. C'est le traitement institué à la Maternité, depuis le mois de mars 1898, par M. le docteur Porak.

Avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux d'obéir à une tradition respectée en adressant à nos maîtres l'hommage de notre reconnaissance.

Nous avons été pendant deux ans comme bénévole et pendant six mois comme stagiaire dans le beau service de chirurgie de M. le professeur Duplay, à l'Hôtel-Dieu, et nous tâcherons d'appliquer dans la mesure de nos faibles moyens les inoubliables leçons de notre maître.

Lors du stage que nous avons fait dans son service, nous avons reçu de M. Barth, nos premières connaissances médicales; il a bien voulu nous initier aux difficiles pratiques d'une bonne auscultation, nous ne saurions trop lui en être reconnaissant.

M. Barié nous a donné un enseignement spécial et pratique des maladies du cœur, nous lui adressons ici nos remerciements sincères.

M. Champetier de Ribes, chez lequel nous avons fait notre stage d'accouchement, a toujours été pour nous un maître plein de bienveillance.

Nous remercions tout particulièrement. M. Porak, auquel nous devons notre sujet de thèse et son interne le docteur Pedeprade qui a mis si obligeamment les observations de son service à notre disposition.

En diverses circonstances MM. Varnier, Gley, Verchère, Castex et Cazin ont bien voulu s'intéresser à nos études et nous faire profiter de leur science. Nous leur en garderons toujours une très vive reconnaissance.

M. le professeur Pinard, dont nous avons suivi pendant plus de deux ans, les remarquables leçons cliniques, nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il nous permette de lui adresser ici l'expression de notre grande admiration et de notre profonde gratitude.

CHAPITRE I

Essai de pathogénie des accès d'éclampsie.

Nous n'avons pas la prétention de faire dans ce travail l'histoire et la pathogénie de l'éclampsie, néanmoins il nous paraît nécessaire de citer les différentes théories qui ont été émises à ce sujet, afin de montrer les diverses manières d'interpréter cette affection.

Les accès d'éclampsie sont-ils une entité morbide ? Ne sont-ils pas plutôt un syndrome comme l'éclampsie des enfants ?

En dépit des nombreux travaux poursuivis en vue d'élucider ces questions, la pathogénie et l'étiologie de ces convulsions spéciales sont toujours obscures et l'affection reste encore entourée de beaucoup de ténèbres et d'une espèce de mystère qui effrayent les praticiens et les poussent trop souvent à des interventions parfois aveugles, souvent exagérées.

La théorie actuelle des auto-intoxications gravidiques est séduisante et paraît s'appliquer à beaucoup de cas

d'éclampsie sinon à tous. Mais que de facteurs inconnus encore devraient être élucidés !

Les émonctoires ne fonctionnant plus normalement laissent s'accumuler dans l'organisme des produits de désassimilation ou autres, qui agissent comme poisons (toxines). Les théories qui tendent à résoudre la pathogénie de l'éclampsie sont nombreuses et nous allons très sommairement exposer les principales.

Ces théories correspondent à des périodes historiques différentes, non exactement délimitées, la théorie de l'éclampsie ne suivant pas un cycle d'évolution régulier. En se basant sur l'anatomie ou sur la conception du processus pathologique, on peut les résumer en : T. nerveuse, T. rénale, T. hépatique, T. toxémique, T. microbienne, T. embolique, T. de la fluidité du sang, T. mécanique.

D'une façon générale nous admettons que les accès d'éclampsie se présentent surtout chez les primipares, qu'ils sont le plus souvent précédés d'albuminurie, et d'œdème des membres et de la face; que ces accès éclatent fréquemment pendant le travail. L'influence de la primiparité est incontestable car d'après la plupart des statistiques, les trois quarts des éclamptiques sont des primipares. Le rôle de l'albuminurie ne peut non plus faire de doute, car il est exceptionnel que l'éclampsie éclate chez une femme dont les urines ne contiennent pas d'albumine.

La réciproque n'est pas exacte, car la plupart des femmes albuminuriques ne deviennent pas éclamptiques.

a) THÉORIE NERVEUSE

Il est très logique que cette théorie soit la première en date. Les anciens en effet n'avaient sur l'anatomie pathologique que des notions très rudimentaires ; la physiologie et l'étiologie leur étaient presque complètement inconnues, aussi n'est-il pas étonnant, que s'appuyant uniquement sur les terribles symptômes des accès éclamptiques, ils aient fait de cette maladie une affection du système nerveux.

Cette théorie embrasse plusieurs siècles ; elle va du temps où l'éclampsie n'était pas encore distinguée des maladies semblables (Gallien, Willis, Hoffmann, Mauriceau, Deventer, Astruc, Vogel, Merriman) jusqu'à nos jours.

En 1772 Sauvage la considérait comme une entité morbide. Sydenham avait fait de l'éclampsie une névrose suraiguë et plusieurs autres accoucheurs tels que Scanzoni et Nothnagel voyaient en elle soit une névrose simple, soit une névrose d'origine réflexe. Marchal de Calvi (1851) dit que l'éclampsie procédait d'une altération des centres nerveux et de leurs enveloppes, — ce qui a été démontré faux par les autopsies postérieures. Axenfeld dans son traité des névroses fait remarquer que les femmes présentent après le coma éclamptique un affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire et des signes persistants de congestion ; mais ces phénomènes relèvent plutôt des symptômes de la maladie que de sa pathogénie proprement dite. Pour

Jaccoud il suffit quelquefois d'une simple perturbation dynamique par excitation centripète qui se traduit par l'anémie des zones motrices du cerveau pour déterminer les accès.

Voilà en quelques mots l'exposé d'une théorie qui semble avoir un peu vieilli. Les révélations de l'anatomie pathologique permettent maintenant d'affirmer que les lésions du système nerveux ne jouent dans l'étiologie de l'éclampsie qu'un rôle secondaire.

b) THÉORIE RÉNALE

Cotugno le premier en 1770 a trouvé de l'albumine dans les urines.

Plus tard en 1818 Blackall et Wells signalent l'albuminurie gravidique.

Enfin en 1845 J. Simpson établit une corrélation entre l'albuminurie et l'éclampsie.

Depuis on observa que presque constamment l'éclampsie était précédée d'albuminurie et on en conclut que la lésion était localisée dans les reins ; d'où les théories de l'urémie, de l'acétonémie, de l'ammoniémie et de l'urinémie.

En effet avec une lésion rénale, tous les produits urinaires s'accumulent dans le sang, c'est Schötin, qui sous le titre collectif d'urinémie admit l'accumulation des matières extractives dans le sang.

M. Bouchard a montré aussi que l'urée est un poison diurétique qui ne peut provoquer des accidents convul-

sifs et M. Pinard en 1887 a employé l'urée en injections hypodermiques chez des éclamptiques anuriques.

Les urines des éclamptiques perdent leur toxicité normale et la toxicité du sang est en raison directe de la diminution de cette toxicité dans les urines.

Au point de vue de l'anatomie pathologique le rein est anémié surtout dans la zone corticale et l'on peut facilement le détacher de sa capsule. Les tubuli contorti sont atteints de dégénérescence graisseuse, et l'on rencontre dans les vaisseaux du rein des cellules hépatiques et des thromboses hyalines, fibrineuses et graisseuses.

Les lésions rénales manquent rarement, la plus fréquente et la plus commune est l'anémie et la stéatose épithéliale.

c) THÉORIE HÉPATIQUE

Auparavant les reins étaient signalés comme les grands coupables puisqu'ils sont chargés de l'épuration; depuis quelques années le foie est indiqué par la plupart des auteurs comme plus atteint par les lésions et comme étant la source principale des accidents; l'éclampsie hépatique occuperait donc le premier rang et la rénale ne viendrait qu'en second lieu.

Pilliet, Schmorl, Bouffe de Saint-Blaise, trouvèrent dans le foie des éclamptiques une dilatation des capillaires autour des espaces portes, de la nécrobiose des vaisseaux dilatés et enfin des infarctus.

A ces lésions coïncident des hémorrhagies cérébrales et pulmonaires.

Quel serait donc le point de départ de l'éclampsie ?

De l'intestin, un produit septique ou chimique arrive par la veine porte au foie : à la suite d'ectasies vasculaires, et de processus nécrobiotiques, l'action dépuratrice et éliminatrice de cet organe diminue, des thromboses, et des embolies se forment. Ainsi naquit la nouvelle théorie pathogénique de l'éclampsie que l'on peut appeler hépatique (1).

M. Bar a décrit une forme d'éclampsie qu'il a appelée cholémique, et dont les symptômes seraient une douleur de l'hypochondre droit, l'épigastralgie, la céphalalgie et la manie.

On pourrait aisément comparer ces symptômes à ceux qui résultent de l'insuffisance hépatique déterminée par l'ictère grave ou par l'empoisonnement par le phosphore.

d) THÉORIE TOXÉMIQUE

La théorie toxémique est basée sur l'affaiblissement et même la destruction du pouvoir épurateur du foie et se rapproche par conséquent de la théorie précédente.

On ne peut que se demander si les lésions anatomiques acceptées comme base de la théorie hépatique ne sont pas secondaires aux troubles de la circulation et de l'innervation propres aux accès convulsifs.

Bouffe de Saint-Blaise, dans le mémoire qu'il publia

(1) Quelques auteurs donnent comme pathogénie des vomissements incoercibles de la grossesse une intoxication d'origine hépatique.

en 1891, constate qu'à l'autopsie d'une femme morte de péritonite puerpérale, les accès d'éclampsie ayant été conjurés par une médication appropriée, les lésions du foie étaient moins avancées que celles du rein, mais l'on peut considérer ces dernières comme consécutives au processus puerpéral. Cette observation n'est donc pas absolument concluante. Ainsi que nous le disions plus haut l'auto-intoxication se manifeste par une diminution de la toxicité des urines (Chambrelent, Blanc, Dumont, Goria). A cette diminution de la toxicité urinaire correspond une augmentation proportionnelle de toxicité dans le milieu intermédiaire au lieu de formation des produits toxiques et à celui de leur élimination de l'organisme.

Felz et Ritter attribuent dans cette toxicité une grande importance aux substances minérales et principalement aux sels de potasse (1).

e) THÉORIE MICROBIENNE

M. Pilliet a signalé des lésions du foie existant régulièrement chez les éclamptiques et caractérisées surtout par des hémorrhagies rappelant celles du charbon interne et une transformation fibrineuse des foyers analogue à celle de certaines maladies infectieuses aiguës. (*Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie* de novembre 1888, juillet et août 1889).

Il en a conclu que l'éclampsie devait être de cause microbienne, mais il n'a pu trouver de microbe.

(1) Voir à ce sujet ce qui concerne les sels de potasse dans notre chapitre sur la *Critique des traitements médicamenteux*.

M. Émile Blanc aurait été plus heureux ; il a décrit et figuré un microbe qu'il a trouvé dans le sang et les urines de plusieurs éclamptiques ; il a isolé ce bacille, il l'a cultivé sur gélatine, il l'a inoculé à des lapines gravides et celles-ci ont été atteintes d'albuminurie et de convulsions plus ou moins graves.

M. Scarbini aurait aussi cultivé et inoculé avec succès le microbe de l'éclampsie.

Dolérís fit le 20 juillet 1883 une communication à la Société de biologie sur un microorganisme qu'il avait trouvé dans l'urine de femmes albuminuriques, et qui, injecté à des lapines, reproduisait l'albuminurie. Mais en 1886 dans une autre communication faite avec Butte, il se rallie à la théorie toxémique.

Malgré tout, on ne saurait encore aujourd'hui faire de l'éclampsie une affection microbienne car les multiples recherches entreprises dans ce sens par une série d'expérimentateurs sont restées sans résultats positifs. Les microbes trouvés sont en effet très différents et ont été déterminés dans des conditions très diverses, qui ne sont nullement comparables et l'on peut dire que la démonstration de l'action des agents microbiens est encore à faire.

f) THÉORIE EMBOLIQUE

Schmorl ayant étudié avec beaucoup de soin l'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe trouva dans les poumons des thromboses capillaires très éten-

dues, des thromboses veineuses et artérielles pariétales et oblitérantes, des cellules hépatiques dans les artères et dans les capillaires du poumon. Dans les thrombus des artères, il découvrit des cellules géantes à plusieurs noyaux qui d'après lui sont constituées par les éléments de l'épithélium de revêtement des villosités choriales.

Dans le cerveau, mêmes lésions, c'est-à-dire hémorragies punctiformes, ramollissements miliaires, thrombus hyalins. Il y trouva même des cellules hépatiques.

S'appuyant sur ces recherches il admit comme cause déterminante de l'éclampsie la pénétration dans le sang de la mère, d'éléments provenant des annexes du fœtus, éléments qui produiraient la lésion fondamentale en causant, mécaniquement ou par leur action coagulante, des thrombus et des embolies dans le foie, les poumons, les reins et le cerveau. Ainsi est née cette théorie embolique.

Toutefois si telle était la cause première de l'éclampsie, cette maladie serait plus fréquente et attaquerait aussi bien les multipares que les primipares.

g) THÉORIE DE LA FLUIDITÉ DU SANG

Le sang de la femme enceinte présente des altérations spéciales, et M. le professeur Robin dit que chez elle l'hématose est incomplète, et cela d'autant plus que la grossesse est à une période plus avancée, l'utérus venant à prendre un plus grand développement et s'appliquant

davantage sur la partie sous-diaphragmatique des gros troncs vasculaires.

« Ce défaut d'hématose entraîne une fluidité excessive du sang et le relâchement des tissus.

« La fluidité plus prononcée, la tonicité diminuée, les changements produits dans les sécrétions permettent à l'albumine de s'infiltrer, de passer en nature dans les urines; l'albumine sortant en nature, appauvrit davantage le sang, le rend plus fluide encore, et l'on voit apparaître l'œdème et les infiltrations générales. Les maladies nerveuses naissent avec cet état anormal du sang, se dissipent avec lui comme si elles résultaient d'une pénétration plus abondante, plus profonde de la substance nerveuse, par un sang oxygéné et partant, propre à entretenir la vitalité, à exciter les contractions.

« L'éclampsie n'aurait donc plus en général qu'une cause prédisposante : la fluidité excessive du sang, déterminée par une altération de l'hématose portée en général au point de produire l'albuminurie, augmentée par cette dernière et surtout quand elle s'accompagne d'une sorte de pléthore séreuse, amenant avec facilité la congestion, l'infiltration des nerfs ou de leurs enveloppes.

« Ces accès éclamptiques déterminent eux-mêmes un phénomène qui les empêche de se prolonger et entraîne leur peu de durée. C'est qu'ils amènent un état spasmodique qui s'oppose à l'hématose au point qu'un sang plus ou moins noir circule alors dans les artères. A cet état le sang ne saurait entretenir la contractilité, il devient anti-spasmodique, anesthésique.

« De là provient la cause qui met rapidement un terme aux mouvements spasmodiques.

« L'accès fait donc naître lui-même une cause qui m et fin à l'accès et ne lui permet qu'une courte durée.

« A cet accès, succède le coma, dû à ce que la contraction violente des muscles du cou, jointe peut-être à celle des oreillettes, déterminerait vers le cerveau une stase sanguine, un état de congestion d'où résulteraient l'insensibilité, l'assoupissement, l'injection de la face. L'état du sang à la suite des accès, c'est-à-dire à la suite d'un état d'asphyxie, doit aussi être pris en considération quand il s'agit d'expliquer l'état comateux qui leur succède. Pour ce qui est de sa durée, elle peut dépendre non seulement de la congestion cérébrale plus ou moins intense, mais encore de ce que l'épuisement du système nerveux, l'abaissement prononcé de la température animale rendent l'hématose plus ou moins difficile. »

Telle est la théorie de M. Robin dont nous avons cité le propre texte pour ne pas nous exposer à dénaturer sa pensée.

D'après Leyden, le rein de la grossesse est un rein anémié et cette anémie serait produite par la pression de la matrice sur l'uretère : de là œdèmes, albumines, cylindres.

Ces lésions rénales produisent l'albuminurie; l'albumine du sang étant entraînée dans l'urine, le liquide sanguin devient pauvre, contient trop d'eau. Cette fluidité anormale du sang favorise les infiltrations, étant donné surtout que la tension intravasculaire est aug-

mentée par l'hypertrophie, normale pendant la grossesse, du ventricule gauche du cœur.

Ainsi se produisent les œdèmes des membres inférieurs, supérieurs, et de la face. Si l'œdème envahit consécutivement le cerveau, il y a compression des hémisphères et de la moelle allongée; de là, suppression de la connaissance et convulsions par anémie aiguë des centres nerveux.

On comprend que l'hydrémie ordinaire de la grossesse puisse provoquer les mêmes effets sans que l'urine contienne de l'albumine, ce qui expliquerait les cas d'éclampsie sans albuminurie préexistante. Cette théorie a été exposée par Traube et Rosenstein.

h) THÉORIE MÉCANIQUE

Quelle part la compression a-t-elle dans la genèse des diverses lésions du foie et des reins? Elle paraît assez importante, sans avoir pourtant la grande valeur qu'on lui accordait naguère. Elle ne peut certes être jugée prépondérante quand les accidents graves éclatent vers 3 à 4 mois de grossesse. Que doit-on espérer de la déplétion de l'utérus à la fin de la grossesse, c'est-à-dire lorsque les compressions sont le plus considérables?

Ici l'observation démontre que dans la grande majorité des cas, l'albuminurie diminue vite et qu'elle disparaît très souvent peu de jours après l'accouchement.

Mauriceau parle ainsi de la compression : « J'ai sou-

vent remarqué, dit-il dans une de ses observations, que la convulsion n'arrive ordinairement que dans le premier accouchement des femmes et qui sont un peu avancées en âge ; et que les enfants de ces sortes de femmes sont presque toujours des enfants mâles, qui par la grosseur de leur corps augmentant la difficulté de l'accouchement, contribuent beaucoup plus à causer cet accident que les filles, qui par rapport aux garçons n'ont pas la tête si grosse ni les épaules si larges. »

Les statistiques publiées depuis à ce sujet montrent en effet que chez les éclamptiques les naissances d'enfants mâles sont un peu plus fréquentes que celles d'enfants du sexe féminin, mais la différence est trop peu sensible pour que l'on puisse en faire un des facteurs de la maladie.

Critique et mise au point.

De ces différentes théories tendant à expliquer les causes des accès d'éclampsie, laquelle convient-il d'adopter dans l'état actuel de la science ? La question ne laisse pas que d'être assez embarrassante ; on peut trouver en effet des éclamptiques chez lesquelles les lésions rénales dominant, chez d'autres au contraire ce sont les lésions hépatiques, dans une troisième catégorie de malades, des phénomènes gastro-intestinaux jouent le principal rôle.

Dans toutes ces variétés, l'élément nerveux reste à peu près le même, et se manifeste par des symptômes

de contracture et des symptômes convulsifs. Il y a peut-être aussi des accès d'éclampsie qui ont une origine cutanée ou thyroïdienne. L'albuminurie deviendrait un symptôme secondaire : il n'en reste pas moins vrai que l'albuminurie continue à être un signe important et précieux comme prémonitoire des convulsions puerpérales.

Ce que l'on peut affirmer aujourd'hui, c'est que la plupart des éclampsies sont le résultat d'une auto-intoxication dans laquelle les différentes lésions organiques se combinent en plus ou en moins selon de grandes variations. Pas plus que l'urémie n'est une intoxication du sang par l'urée, mais bien par urinémie (Péter), c'est-à-dire une intoxication par les éléments de désassimilation, de même, ici, il semble que l'éclampsie ait pour cause une souffrance ou une insuffisance des organes antitoxiques (foie, rein, estomac et intestin); et, à propos de ces deux organes, n'est-ce pas la place ici de faire remarquer que la fétidité toute spéciale des fèces chez les éclamptiques, que d'aucuns rattachent à une insuffisance de production biliaire par le foie, serait plutôt le signe de diverses décompositions et putréfactions qui ont lieu dans l'intestin ?

Disons pour terminer que dans la remarquable communication faite à l'Académie de médecine en janvier 1893 par M. le professeur Pinard, il reconnaît aussi comme cause de cet état morbide l'auto-intoxication gravidique.

CHAPITRE II

Critique des traitements médicamenteux.

En recherchant les différents traitements qui ont été préconisés contre les accès d'éclampsie, on ne peut s'empêcher d'être frappé de l'immense variété des médicaments et je dirai même des médications employés.

Cette abondance de médications destinées à guérir la même maladie n'est-elle pas comme toujours la preuve de leur inefficacité ? Le but constant de tous ces médicaments a été de combattre tel ou tel symptôme de la maladie, jamais de répondre à une indication pathogénique, ce qui est certainement le but que doit se proposer toute thérapeutique bien comprise.

Passons donc une revue rapide des médicaments dont on s'est servi et dont on se sert encore pour combattre cet état morbide.

Purgatifs. — De tout temps les praticiens voulant agir sur le tube intestinal se sont adressés aux purgatifs afin d'exciter, d'augmenter les sécrétions intestinales en produisant pour ainsi dire une saignée séreuse.

Cette idée très juste théoriquement, puisqu'il s'agit de libérer l'intestin, de suppléer en quelque sorte à l'insuffisance des différents émonctoires, tout en désemplissant le système vasculaire cérébral ou médullaire, trouve de nombreuses contre-indications dans les effets de toxicité des substances employées ou dans la difficulté de leur mode d'administration.

Les sulfates de soude, de potasse, de magnésie, etc., ont besoin d'être dissous dans une certaine quantité de liquide et il est bien malaisé de faire prendre ces médicaments aux malades à cause de la grande difficulté qu'elles éprouvent à déglutir. Introduites par la voie rectale, ces substances n'agissant pas suffisamment, on eut recours aux purgatifs drastiques, mais ici encore on se heurte à de nouveaux mécomptes; l'huile de croton détermine fréquemment des vomissements et est mal supportée par les malades, le calomel et le jalap s'éliminent difficilement et sont contre-indiqués lorsqu'il y a un état inflammatoire de l'intestin, ce qui est souvent le cas.

Vomitifs. — Après les purgatifs on pensa aux vomitifs; l'ipécacuanha et l'émétique eurent aussi leur moment de vogue. Mais indépendamment de la pléthore cérébrale qu'ils déterminent au moment de l'effort du vomissement, ce même effort fait quelquefois que les matières rejetées pénètrent dans les voies aériennes ce qui peut amener pendant l'accès et surtout pendant le coma des suffocations terribles.

Réculsifs. — Les sinapismes, vésicatoires, mouches, sont aujourd'hui complètement abandonnés.

On s'étonne en effet que dans une maladie où le système nerveux est d'une aussi grande sensibilité on ait songé à employer des moyens aussi violents alors que la plus légère irritation produite par le palper ou l'auscultation suffit à déterminer de nouveaux accès. On s'expose en outre, étant donné l'œdème et l'infiltration des tissus, à des escharres et à des gangrènes qui ont parfois entraîné la mort.

L'eau froide recommandée par Mme Lachapelle n'a donné que des résultats peu probants.

Opium. — Les dérivés de l'opium sont très en faveur en Allemagne et ont été recommandés par Kiwisch Scanzoni, Kilian, Wieger, Hohl, Feist, Credé, etc. Le mode d'administration habituel est l'injection hypodermique de morphine qu'ils prescrivent à doses parfois massives (jusqu'à 12 centigrammes) en 24 heures.

« Bidder écrit qu'en dehors de l'hyperhémie cérébrale qu'ils déterminent, les dérivés de l'opium jouent un rôle important en provoquant l'abolition des réflexes.

« M. Bidder semble oublier que les opiacés et particulièrement la morphine commencent par déterminer une exagération des réflexes. La morphine comme la strychnine provoque des convulsions qui chez les animaux à sang chaud n'aboutissent généralement pas car la mort survient auparavant par arrêt de la respiration, tandis que les animaux à sang froid qui supportent plus facilement cet arrêt de la respiration réagissent à la mor-

phine à peu près de la même façon qu'à la strychnine (1). »

En examinant les diverses statistiques relatives à ce mode de traitement, on voit que les résultats obtenus en Allemagne ne sont pas meilleurs que ceux obtenus en France par l'emploi du chloroforme et du chloral. De plus, la morphine présente le grand inconvénient d'augmenter la congestion cérébrale déjà existante et parfois si violente des éclamptiques et de faire courir de gros risques d'intoxication à des femmes dont les émonctoires sont insuffisants.

Médicaments internes. — On peut dire que presque toutes les drogues connues ont été par les uns ou par les autres essayées, aussi nous contenterons-nous de citer les principales.

L'éther, que nous retrouverons dans les anesthésiques, le camphre, la valériane, l'assa foetida. On trouve dans quelques observations du bromure de potassium, du cyanure de zinc, de l'acétate de cuivre, de la teinture de castoreum, de l'ammoniaque, de la noix vomique.

Obéissant à une idée théorique et considérant l'éclampsie comme une maladie résultant de l'altération du sang par le carbonate d'ammoniaque, Braun conseille l'acide benzoïque, le jus de citron, l'acide tartrique et le musc.

Les sels de potasse qui ont été si souvent employés pour ralentir la circulation, diminuer l'urée et par suite la chaleur animale doivent être évités avec soin. En

(1) Gürich. — *Thèse*, Breslau, 1897.

effet, d'une façon générale, ces sels sont contre-indiqués dans les affections rénales, dans l'insuffisance urinaire (et nous savons combien cette manifestation est fréquente chez les éclamptiques et chez les fébricitants) (voir Mering).

De plus, les sels de potasse tendent à la production de toxines intestinales et à la diminution de globules rouges dans le sang. La maladie tendant généralement à l'anémie, cet état loin d'être favorisé doit être vigoureusement combattu.

Le traitement par le *veratrum viride*, à larges doses a été tenté pour la première fois par le docteur Herbert Fearn de Brooklyn en 1869.

Thayer qui préconise ce médicament assure qu'il existe chez les éclamptiques une telle tolérance pour le *veratrum viride* que la dose officinale n'a pas d'effet chez elles, qu'au contraire à larges doses, son effet se fait sentir très rapidement, d'un quart d'heure à une heure après l'ingestion. Son administration serait suivie d'un abaissement de la température à la surface du corps, d'une diminution des battements du poulx, lequel conserverait sa force primitive, et d'un arrêt complet des convulsions. Ce médicament est loin d'avoir donné les mêmes résultats entre les mains de tous ceux qui l'ont expérimenté, et n'est d'ailleurs pas sans danger; les hautes doses de *veratrum viride* amènent une dépression de tout l'organisme; l'action du cœur faiblit très sensiblement; le poulx devient imperceptible, les vomissements et les nausées redoublent d'intensité, la

surface du corps se couvre d'une sueur froide, la température baisse et pour peu que l'on ait manqué de prudence dans l'administration de ce médicament, on peut assister à un véritable collapsus algide.

Pour nous résumer, nous dirons que le *veratrum viride* qui a eu de nombreux partisans, est également à rejeter complètement de la thérapeutique éclamptique, car il est dangereux, incertain et son action cause souvent de fortes déceptions. Employé le plus souvent comme antiphlogistique et quelquefois même comme analgésique, il n'a jamais été qu'un remède symptomatique et dont l'emploi est peut-être analogue à celui des antipyrétiques dans la fièvre typhoïde ou la pneumonie.

Rae préconise les injections de nitrate de pilocarpine à larges doses et le tartrate de potasse. Nous avons fait justice des sels de potasse; quant aux injections de pilocarpine, si elles ont quelque utilité en diminuant l'albuminurie et en dissipant les œdèmes, c'est avec un tel affaiblissement des forces et une telle fatigue générale, que pour Dujardin-Beaumetz, la maladie semblerait plutôt aggravée qu'améliorée par ce médicament.

Citons encore pour mémoire, le valérianate de quinine et la liqueur d'Hoffmann.

Anesthésiques. — Le chloroforme a été employé contre les accès d'éclampsie depuis l'année 1855. C'est à ce moment que parurent les publications de Boucharcourt, Timermans, Macario, Fremineau, Scanzoni, Spiegelberg. En 1857, Blot publie sa thèse de concours. Après un certain nombre de succès la thérapeutique

par le chloroforme se montra parfois impuissante, aussi il se forma bientôt deux camps : Les partisans acharnés du chloroforme parmi lesquels il faut citer Richet, Spengler, Scanzoni, Braun, Blot, Charrier, Richardson, Siegard Beatty, Kiwish, Seyfert, tandis que d'autre part Depaul, Pajot, Tarnier, Jacquemin, Guéniot, Bailly, Desoyre, Mascarel se montrent plus réservés, sinon tout à fait opposés. Il est très difficile d'établir des statistiques sur la valeur réelle de cet agent, car il est rare que l'on ait employé le chloroforme seul, et alors il reste à savoir quelle est l'influence des médications antérieures ; de plus si les observateurs publient leurs succès, il est rare qu'ils publient leurs défaites, de là une grande difficulté à obtenir des résultats exacts.

Dans la thèse qu'a soutenue M. A. Charpentier en 1872, on trouve finalement une moyenne de 50 % de mortalité par le chloroforme.

Un peu plus loin il donne le chiffre total de la mortalité par les anesthésiques ; chloroforme, éther, chloral : guérisons 69, mortes 15, mortalité 17, 8 % ce qui donne une statistique infiniment meilleure.

Mais les chiffres ne prouvent pas grand'chose en pareille matière et la meilleure manière de combattre le chloroforme est d'en indiquer les principaux effets.

On sait que le début de la chloroformisation est ordinairement marqué par une accélération du pouls et par un *accroissement de la pression sanguine* et voilà une première contre-indication puisque les éclamptiques sont le plus souvent en hypertension.

On ignore si le sang vivant est altéré par le chloro-

forme. In vitro, sous l'influence de cet agent les globules se gonflent et finissent par se dissoudre. On croit également que pendant l'anesthésie confirmée, la respiration se ralentit par suite d'une action directe du chloroforme sur les centres respiratoires. Or, les échanges respiratoires sont si nécessaires aux femmes qui sont sous le domaine des accès d'éclampsie qu'il est souvent indiqué de leur faire respirer de l'oxygène (1).

Après l'anesthésie chloroformique, l'urine renferme souvent de la matière colorante biliaire (Nothnagel, Naudin); on a parfois constaté de l'albumine (Hégar). Auvard et Caubet ont trouvé l'urine plus acide; ils ont vu que la quantité de chlore éliminée est augmentée d'un tiers environ et la proportion d'azote d'un cinquième par suite d'une augmentation de l'urée (2).

Schmorl constata la dégénérescence des épithéliums du rein, des foyers de nécrobiose, des cylindres hyalins, et fréquemment de la glomérulite.

Il rapporte au chloroforme cette dégénérescence graisseuse des épithéliums et Leyden lui attribue la plus grande importance.

L'action toxique du chloroforme a d'ailleurs été discutée un peu partout. On en trouvera le procès peut-être exagéré dans le mémoire de Duhrssen.

On ne peut nier cependant que beaucoup d'accoucheurs se sont très bien trouvés de l'emploi du chloroforme. M. Porak lui-même déclare qu'il en donne

(1) Voir observations, n° XIV, XVII, XVIII, XXIII.

(2) AUVARD et CAUBET. — *De l'anesthésie chirurgicale et obst.*, coll. Charcot Debove, 1893, p. 97.

systématiquement toutes les fois qu'il intervient opératoirement et pendant tout le temps que dure l'opération nous en relatons deux ou trois exemples dans les observations qui terminent cet ouvrage (1).

Le même auteur dit ne pas avoir vu la crise éclater lorsque la chloroformisation était profonde, mais l'avoir constatée au début de la chloroformisation et au moment où la malade sort de la narcose. Donc il faudrait, pour être sûrement utile, que la narcose fût profonde et prolongée.

Qui oserait, s'écrie-t-il, maintenir pendant des heures une éclampsie sous la narcose chloroformique profonde?

Chloral. — Le chloral paraît avoir donné des résultats un peu plus favorables que le chloroforme, mais il est néanmoins justiciable des mêmes objections que ce dernier, à savoir qu'il ajoute lui aussi une intoxication médicamenteuse à l'auto-intoxication préexistante.

Liebreich a prétendu que, arrivé dans le sang qui est alcalin, le chloral se dédouble en chloroforme et en formiate de soude.

A son tour le formiate de soude se transformerait en carbonate de soude, de sorte que le sang récupérant le sel alcalin employé dans la décomposition du chloral, il n'y aurait bientôt en définitive de nouveau dans le sang, que le chloroforme qui y a pris naissance (Rabuteau).

(1) Voir observations, n° X, XIII, XVI, XVIII, XXXI.

Cette théorie à été très combattue et des diverses discussions qu'elle a suscitées, on peut conclure que vraisemblablement le chloral agit sur les centres nerveux par son action propre et non par du chloroforme auquel il aurait donné naissance (Vulpian, Gubler). Le chloral s'élimine par le poumon, par la peau et par le rein ; l'urine contient une faible quantité de chloral et une forte proportion d'acide uro-chloralique.

CHAPITRE III

Traitement rationnel de l'éclampsie.

Pour arriver à un traitement rationnel de l'éclampsie, nous devons connaître le mieux possible les causes de l'état général et des symptômes que nous sommes appelés à traiter.

Or, ainsi que nous le disions plus haut, la pathogénie des accès d'éclampsie est loin d'être définitivement fixée. Nous savons seulement nous trouver en présence d'une intoxication dont nous ne connaissons exactement ni l'origine ni même le *modus operandi*, mais qui a probablement son point de départ dans les putréfactions intestinales et le métabolisme fœtal, alors que les organes d'élimination ont plus ou moins suspendu leurs fonctions.

Passons une revue rapide des prodromes de l'affection qui nous occupe : ce seront d'abord des céphalées violentes, frontales, presque continuelles, ou s'exaspérant en crises insupportables. Myosis, épistaxis fré-

quentes, sur lesquelles le traitement a peu de prise. Troubles visuels qui sont caractérisés par des mouches volantes, flammèches, brouillards, par l'amblyopie ou sorte d'évolution vers la cécité, enfin par la cécité complète. Crampes dans les mollets, sensation de contraction dans les bras.

Troubles auditifs, bourdonnements d'oreilles, vertiges, affaiblissements de l'ouïe, demi-surdité, vomissements, puis de l'œdème, de l'albumine dans les urines, une diminution dans l'excrétion de l'urée et finalement de la cyanose, des convulsions et du coma ou semi-coma. La femme peut être anémique ou pléthorique, jeune ou d'âge mur, primipare ou multipare et les symptômes graves ou modérés dans leurs manifestations. Les accès éclatent antepartum, intrapartum ou postpartum. Tous ces facteurs pourront modifier plus ou moins le traitement à proposer pour chaque cas particulier. Le traitement pourra être divisé en : *a)* préventif et *b)* curatif.

Le traitement préventif peut être subdivisé en médical et hygiénique, le traitement curatif en médical et obstétrical.

a) Pour le traitement préventif, la sagacité du praticien devra tendre à appliquer telles mesures hygiéniques susceptibles de prévenir les accidents terribles de la maladie et au premier rang il faut mettre le régime lacté intégral. L'on fera une analyse qualitative et quantitative de l'urine de la malade.

A ce propos, nous ferons remarquer que l'albuminurie n'est pas toujours un symptôme infallible d'insuf-

fisance rénale pas plus que la diminution de la quantité des urines, tandis qu'une diminution dans l'excrétion de l'urée est une indication presque certaine de l'imminence de l'éclampsie. Exceptionnellement ces conditions peuvent se trouver réunies et les accès éclamptiques ne pas en résulter.

On a reconnu chez quelques éclamptiques comme dans certaines affections hépatiques que la quantité d'urée diminue dans les urines en même temps qu'augmente la proportion ordinairement minime des sels ammoniacaux : « La proportion d'ammoniaque éliminée par l'homme sain en 24 heures est de 40 à 90 centigrammes ; elle peut atteindre 250 centigrammes dans la cirrhose hépatique (1). »

Il serait peut être intéressant de savoir le rôle que joue dans les accès éclamptiques cette augmentation de sels ammoniacaux excrétés. En tout état de cause, ces indications prouvent qu'il existe une intoxication, qu'il y a élimination défectueuse et le but est de corriger un défaut de synergie entre la nutrition et l'élimination.

Nous insisterons donc en premier lieu sur l'hygiène de la malade en suspicion et recommanderons l'exercice actif et passif, promenades, massages, selon le degré de tolérance du sujet, etc.

Ce sont certainement de bons agents, mais la principale indication sera de diminuer autant que possible la source des toxines absorbées et de favoriser leur élimination .

(1) ARTHUS. — *Eléments de chimie physiologique*, p. 322.

Quel moyen plus certain pour arriver à ce double résultat que le régime lacté ? L'eau distillée (qui est un excellent diurétique) sera également administrée en quantité définie et à intervalles réguliers.

Une quantité de un litre par jour ne serait pas trop grande.

L'intestin sera maintenu libre, et cette indication que l'on retrouve dans tous les auteurs, sera discutée dans notre chapitre sur l'entéroclyse. Disons encore à propos du régime lacté que l'aphorisme de Tarnier : « Pas d'éclampsie à craindre après 8 jours de régime lacté absolu » se trouve souvent en défaut (v. obs. XXX et XXXV).

Il y a donc lieu en dehors de ces prescriptions hygiéniques d'instituer un traitement médical des accès d'éclampsie. Ce traitement qui fait le sujet de notre thèse inaugurale, et qui est employé par M. Porak à la Maternité depuis le mois de mars 1898 se divise en trois parties répondant chacune à des indications spéciales.

Ce sont : 1° La saignée ; 2° Les injections d'eau salée et 3° l'entéroclyse.

Dans le chapitre concernant les observations que nous avons recueillies dans son service, nous ferons un résumé rapide des résultats qui ont été obtenus jusqu'ici, et dont une partie a déjà fait l'objet de la très intéressante communication qu'a faite M. Porak à la section d'obstétrique du 13^e congrès international des sciences médicales, tenu à Paris du 2 au 7 août 1900.

La saignée dans les accès d'éclampsie.

On peut dire que de tout temps on a employé la saignée comme moyen curatif des accès éclamptiques. Déjà dans Mauriceau on trouve (sauf l'injection d'eau salée) le traitement qui fait le sujet de cette thèse. Est-il nécessaire d'ajouter qu'ignorant absolument la pathogénie des accès d'éclampsie, il n'employa la saignée et l'entéroclyse que d'une façon empirique ou plutôt par cette sorte de divination qui caractérise si souvent les hommes de génie.

« Le 23 mars 1669, dit-il, j'ai accouché une femme âgée de 25 ans, qui étant en travail de son *premier* enfant fut surprise de si furieuses convulsions durant un jour et demi, avec perte de toute connaissance, qu'elle s'était coupé presque toute la langue avec les dents ; je l'accouchai sur l'heure en lui tirant son enfant du ventre avec l'aide d'un crochet, les convulsions cessèrent aussitôt, mais elle resta encore sans connaissance jusqu'au lendemain, auquel temps *après lui avoir fait donner un clystère et l'avoir fait saigner du pied*, la raison lui revint six heures ensuite sans néanmoins avoir aucune mémoire, ni croyance d'être accouchée ; après quoi elle se porta très bien et fit d'autres enfants dans la suite, dont je l'ai accouchée heureusement. »

Dans une autre observation, le même auteur relate avoir avec succès saigné une femme six fois du bras et deux fois du pied ; d'ailleurs, dans toutes les observations

où il parle de convulsions, Mauriceau insiste en premier lieu sur la saignée.

Les émissions sanguines sont encore dans le traitement de l'éclampsie le moyen capital. « Rien, dit Baudelocque, ne saurait remplacer la saignée dans les cas où il y a des symptômes de pléthore sanguine bien prononcée, ou lorsque les convulsions ont donné lieu à l'engorgement du cerveau. »

Quel remède en effet, plus efficace, l'art pourrait-il opposer au raptus sanguin considérable que des accès violents et répétés produisent dans les centres nerveux et qui s'accuse pendant la vie par le coma qui suit les accès et après la mort par l'hyperhémie des vaisseaux de l'encéphale et les différentes hémorrhagies interstitielles que l'on découvre à l'autopsie ? M^{me} Lachapelle ne redoute pas non plus les saignées abondantes et s'exprime ainsi : « Même chez une femme débile, convalescente, pâle et infiltrée, il ne faut pas trop réduire la quantité d'évacuation sanguine, et l'on doit s'effrayer plutôt des suites possibles de l'éclampsie que de celles de la faiblesse. Mais, ajoute le même auteur, chez une femme pléthorique, robuste, dont la face gonflée, rouge, le cou court, annoncent une disposition apoplectique, chez celles dont les convulsions sont violentes, le coma profond et continu, il ne faut pas hésiter à pratiquer une large saignée générale et à la réitérer, s'il le faut, trois ou quatre fois dans un jour, à joindre même à son emploi celui des sangsues appliquées au cou, aux tempes et derrière les oreilles » (1).

(1) M^{me} LACHAPELLE, t. III, p. 29 et 30.

Comme on le voit, M^{me} Lachapelle, au commencement du siècle, insistait déjà sur l'utilité de la saignée abondante dans le traitement des accès d'éclampsie. Le professeur Depaul a plus nettement encore formulé le précepte des larges saignées du bras chez les éclamptiques et ne craint pas de retirer 1.500 à 2.000 grammes de sang dans l'espace de quelques heures à une femme vigoureuse et 1.000 grammes à une malade de constitution médiocre. Pour Jaccoud une soustraction de 500 à 1.000 grammes est largement suffisante : « Nous pensons, dit-il, qu'il y a utilité à saigner une éclamptique, quelle que soit la période de l'état puerpéral pendant laquelle se manifestent les convulsions ; seulement, si la maladie éclate pendant le travail ou après l'accouchement, on doit tenir compte de la saignée naturelle qu'opère la délivrance, et par conséquent, dans ces dernières conditions, tirer par la veine moins de sang que chez la femme enceinte, qu'on peut jusqu'à un certain point espérer encore soustraire, par l'émission sanguine, aux dangers de l'accouchement prématuré ou de l'avortement. »

Si la saignée comme moyen thérapeutique des accès d'éclampsie a encore de nos jours de très chauds partisans, il faut reconnaître que l'unanimité ancienne des praticiens sur les avantages de cette méthode, ne tarda pas à diminuer et certaines théories de l'urémie, en attribuant à l'anémie cérébrale une part importante dans la production des accidents convulsifs, éloignèrent de la saignée certains praticiens parmi lesquels il faut citer Peterson, Kiwisch, Blot, F. Churchill, Litzmann,

Schwartz, Legroux, Thomas et Braun. Pajot admet la saignée modérée et encore avec une certaine hésitation.

Examinons maintenant en quelques mots, la valeur de la saignée chez les éclamptiques.

Nous savons que toute saignée abaisse manifestement la pression artérielle et dès le début cette pression descend d'une façon progressive, mais non régulière. D'abord peu prononcé, l'abaissement devient bientôt assez rapide, puis redevient insensible à la fin (Hayem). Quand la veine est fermée, la pression se relève lentement et se fixe à un niveau inférieur à celui qu'elle occupait avant la saignée (Arloing et Vinay). Or les éclamptiques ne sont-elles pas la plupart du temps des malades à pression artérielle très élevée ? la saignée répond donc ici à une indication très nette. Nous savons aussi que dans tout état fébrile une saignée modérée ralentit la respiration et la rend plus facile. Au point de vue de la nutrition, la quantité d'urine et d'urée (Jurgensen, Bauer), celle de l'azote total et de l'acide phosphorique urinaire (Lépine et Flavard) augmentent sous l'influence des saignées. Contrairement à cette assertion on a dit aussi que diminuant la pression sanguine la saignée diminuait par le fait même la sécrétion urinaire si précieuse pour l'élimination des poisons. A cette objection nous répondrons, qu'étant donnée l'injection de sérum pratiquée après la saignée, la pression sanguine ne saurait diminuer au point d'entraîner une diminution sensible de la sécrétion urinaire. La saignée est indiquée dans les formes comateuse, convulsive et

dyspnéique de l'urémie, où elle agit comme dépurative et comme dérivative (en cas d'œdème cérébral ou pulmonaire (Talamon et Lécorché). Son mécanisme a été particulièrement élucidé par J. Renaut pour l'urémie comateuse. « L'insuffisance rénale est le fait de lésions congestives ; la congestion produit l'œdème, lequel acquiert rapidement une pression suffisante pour aplatir et oblitérer les vaisseaux sanguins par contre-pression. Les glomérules sains ou malades, ne reçoivent dès lors pas plus de sang que le centre anémique d'une papule ortiée ; la sécrétion s'arrête net. Et si le processus est généralisé dans toute l'écorce du rein, ce dernier est annulé et l'urémie se produit. » Cet œdème congestif peut être déterminé brusquement par une action neuro-paralytique partie du cerveau et du bulbe. La saignée pratiquée dans ces cas agit donc :

1^o Localement, en décongestionnant le rein par les modifications qu'elle imprime à la circulation générale. J. Renaut préconise dans ce but l'application réitérée de sangsues au niveau du triangle de J.-L. Petit.

2^o La saignée générale, soustrait à l'organisme une certaine quantité des toxines accumulées dans le sang par le fait de l'insuffisance rénale.

Ainsi que M. Porak le rappelle dans sa communication au dernier congrès, « l'utilité de la saignée repose sur le résultat expérimental avancé par Bouchard et rappelé par Landouzy, à savoir que 50 centigrammes de matières extractives sont rejetés hors de l'organisme par une saignée de 34 grammes, par 250 grammes d'excrétions alvines, par 1500 grammes d'urine et par

100 litres de sueurs. Ces chiffres indiquent bien la subordination à établir dans les différents procédés de dépuratation organique. »

Renaut ajoute également, au traitement par les saignées générale et locale, les lavements d'eau réitérés, excellent moyen de faire absorber assez d'eau et de provoquer la diurèse indispensable au succès, ainsi que l'ingestion de lait par la bouche et les inhalations d'oxygène dans le but de relever les combustions interstitielles.

Nous ne nous étendrons pas sur la technique opératoire de la saignée qui est connue de tout le monde, et nous bornerons à rappeler qu'ici comme dans toute intervention chirurgicale, les règles de l'asepsie rigoureuse doivent être strictement observées. La saignée sera faite à ciel ouvert sur une veine de choix, médiane basilique, médiane céphalique ou même saphène interne dans sa partie inférieure, si toutefois la malade n'a ni œdème ni varices aux membres inférieurs. Toutefois cette saignée du membre inférieur est aujourd'hui à peu près abandonnée. Au point de vue de la quantité de sang à extraire, nous dirons que M. Porak a l'habitude d'en extraire de 500 à 600 grammes, que cette quantité est d'ailleurs très variable selon l'état de la malade et le moment où se produisent les accès. Il est évident qu'on ne soumettra pas à cette forte saignée, une femme qui, prise d'accès d'éclampsie après l'accouchement, aurait eu au cours de ce dernier une hémorragie considérable. La lecture des observations que nous publions, fixera facilement dans

l'esprit les indications relatives à la quantité de sang à extraire. Dans l'observation VI par exemple nous voyons qu'il a été pratiqué deux saignées, de 500 grammes chacune.

La sérothérapie artificielle dans les accès d'éclampsie

Ce n'est pas la place ici de traiter les indications générales de la sérothérapie artificielle, disons néanmoins que par le fait de la saignée ou des saignées auxquelles nous soumettons nos malades, ces dernières se trouvent dans un état d'hypotension spécialement justiciable de la médication par les injections de sérum :

1° Ces injections constituent une masse sanguine au moins égale à la quantité de sang qui a été extraite ;

2° La sérothérapie met en œuvre pour pallier l'auto-intoxication toute une série d'opérations physiologiques dont le terme ultime sera l'élimination de toxines que maintes oxydations vont porter à un degré de toxicité moindre, de solubilité plus grande, et d'élimination plus facile. Il importe avant tout en effet de solubiliser les produits toxiques ; les anciens disaient en parlant des principes médicamenteux : « non agunt nisi soluta ; » nous pourrions dire avec autant de justesse en parlant des produits de nos impurations organiques ou microbiennes « non exeunt nisi soluta. » Il va sans dire qu'il ne peut

Il y a donc élimination véritable des poisons que si l'injection circule, que si sa sortie est favorisée par le fonctionnement à peu près physiologique des émonctoires. Ce n'est malheureusement pas toujours le cas et, lorsque les émonctoires sont fermés ou que leurs altérations sont trop avancées, on assiste à une véritable stagnation du liquide injecté qui, ne pouvant trouver le moyen de circuler ni de s'écouler, vient former aux alentours de la piqûre une énorme tumeur.

3° En dehors de ces cas fâcheux, l'injection de sérum répond à une autre indication qui a une importance capitale dans la thérapeutique des accès d'éclampsie : nous voulons parler de la vertu diurétique des injections de sérum. En effet le nouvel apport de liquide dans la circulation, produit un double travail : il augmente quantitativement la tension vasculaire et la poussée sur les émonctoires, d'où *diurèse* : il augmente le fonctionnement des divers appareils, d'où *désintoxication* d'autant plus effective.

De plus les injections, agissant tant par excitations réflexes sur le système nerveux que par pénétration dans le système circulatoire remettront toutes choses en tension, ranimeront les spécificités cellulaires, exciteront les divers appareils en ralliant leurs activités fonctionnelles. Et c'est ainsi que le pouls se montre plus plein, que les pupilles redeviennent contractiles, que les urines réapparaissent et que la connaissance revient.

Si l'on objectait que l'injection de sérum ne saurait

remédier à l'insuffisance numérique globulaire déterminée par la saignée ou par les hémorrhagies de l'accouchement ou de la délivrance, nous répondrions avec M. Landouzy (1) « que la transfusion séreuse par l'activité même qu'elle imprime à la circulation des hématies persistantes et par l'effet de l'hématopoïèse incitée par l'eau salée permet à la malade de retrouver avec le temps son coefficient globulaire normal. »

4° La sérothérapie ne comporte pas par elle-même certains des inconvénients des autres médications, qui, parallèlement à leur coefficient d'actions physiologiques, présentent toujours une certaine part de toxicité. Si petite que l'on fasse, dans l'espèce, la part de la toxicité d'un alcaloïde médicamenteux, il est aisé de comprendre qu'elle n'est point négligeable puisque nos éclamptiques sont des malades en état d'impotences viscérales et d'insuffisances fonctionnelles, lesquelles risquent de changer la dose classiquement permise du médicament en une dose toxique et préjudiciable.

Technique des injections de sérum. — Pour toutes les injections de sérum, qu'elles soient hypodermiques ou intraveineuses, on se servira d'eau parfaitement limpide stérilisée et bouillie pendant une demi-heure.

Composition. — Nous ne referons pas ici l'histoire des différentes méthodes qui ont servi de bases à la composition des divers sérums employés en pratique, et nous nous contenterons de rappeler les noms des au-

(1) L. LANDOUZY. — *Les sérothérapies.*

teurs des compositions les plus employées. Le professeur Luton, de Reims, qui est l'instigateur de la sérothérapie artificielle, a préconisé il y a longtemps déjà pour le traitement des gens affaiblis ou surmenés, le sérum suivant :

Phosphate de soude cristallisé.....	4 gr.
Sulfate de soude.....	10 gr.
Eau distillée bouillie.....	100 gr.

Le sérum du professeur Hayem :

Chlorure de sodium pur.....	5 gr.
Sulfate de soude cristallisé pur.....	10 gr.
Eau distillée bouillie.....	1000 gr.

Le sérum dit chirurgical :

Chlorure de sodium.....	7 gr. 50 cent.
Eau distillée bouillie.....	1000 gr.

Le sérum de Crocq de Bruxelles :

Phosphate de soude.....	2 gr.
Eau distillée bouillie.....	100 gr.

Le sérum de Cantani :

Chlorure de sodium.....	4 gr.
Carbonate de soude.....	2 gr.
Eau distillée bouillie.....	1000 gr.

Le sérum de Leclerc (sérum fort) :

Chlorure de sodium.....	4 gr.
Phosphate de soude.....	} à 0,50 centigr.
Sulfate de soude.....	
Eau stérilisée bouillie.....	100 gr.

Le sérum de Chéron :

Acide phénique neigeux.....	1 gr.
Chlorure de sodium.....	2 gr.
Phosphate de soude.....	4 gr.
Sulfate de soude.....	8 gr.
Eau distillée bouillie.....	100 gr.

Le sérum de Sapelier (typhus exanthématique) :

Chlorure de sodium.....	60 gr.
Chlorure de potassium.....	5 gr.
Carbonate de soude.....	31 gr.
Phosphate de soude.....	4 gr. 50 cent.
Sulfate de potasse.....	4 gr. 50 cent.
Eau distillée bouillie.....	900 gr

M. Porak se sert exclusivement de la formule la plus simple qui est celle du sérum dit chirurgical :

Chlorure de sodium.....	7 gr. 50 cent.
Eau distillée bouillie.....	1000 gr.

M. Malassez a prétendu que la solution salée dite physiologique (7 gr. 50 pour 1.000) déformerait les globules rouges dont le diamètre diminue et l'épaisseur augmente ; mais d'après de nombreuses expériences, MM. Bosc et Vedel ont conclu que l'on pouvait se servir indifféremment de solutions au titre de 5 à 10 p. 1000.

Faney donne un procédé pratique de doser la quantité de sel dans un cas d'urgence : « Une cuiller à café, remplie exactement de sel finement pulvérisé et fortement tassé et comprimé, en contient exactement 7 gram-

mes; si on verse simplement le sel dans la cuiller sans le tasser ni le comprimer, deux cuillères à café exactement remplies en contiendront 9 grammes. »

Température. Landouzy préconise les injections à 37° ou 38°, Lejars dit qu'il ne faut pas craindre surtout pour les injections intra-veineuses de se servir d'un sérum très chaud 40° à 42°: il semble que cette température même ne soit pas sans influence sur le cœur et les centres nerveux.

Dawbarn allait jusqu'à recommander des injections à 49°; mais la méthode paraît dangereuse car s'il est vrai que la globuline ne se coagule qu'à 70° et l'albumine du sérum à 72°, il faut aussi et avant tout tenir compte de l'altérabilité des globules.

Quand devra-t-on se contenter d'une injection hypodermique et dans quels cas au contraire sera-t-il nécessaire de recourir à l'injection intra-veineuse ?

On a prétendu que le sérum des injections hypodermiques devra être en quelque sorte drainé par le tissu conjonctif; qu'au travers des mailles de ce tissu, l'eau salée s'est salie au contact des cellules, en se mélangeant aux sérosités adultérées de la malade, et que c'est seulement en qualité de solution salée chargée de toutes les lavures des milieux intérieurs, que le liquide injecté neuf sous la peau, pénétrera dans la circulation veineuse pour arriver aux émonctoires. A ces accusations M. Porak répond que le sang est l'intermédiaire nécessaire de la dépuration organique et que rien ne prouve que la toxine se produise dans les cellules au cours de l'éclampsie.

Or, l'injection hypodermique est bien plus à la portée des praticiens, et peut s'improviser beaucoup plus facilement sans aide, ni instrumentation spéciale. Les éclamptiques étant souvent très agitées, on s'exposerait à une foule de mécomptes, voire d'accidents graves si chaque fois qu'il est nécessaire de pratiquer une injection, on avait recours à l'injection intra-veineuse. Est-ce à dire qu'il faille rejeter totalement ces dernières injections? Loin de là; en effet toutes les fois que les désordres sont très graves, que l'on veut obtenir un résultat immédiat, que le trouble apporté au mécanisme vital est assez profond pour que le liquide injecté hypodermiquement ne soit pas résorbé, on aura recours aux injections intra-veineuses (v. obs. I, II).

Pour pratiquer les injections hypodermiques l'appareil le plus simple sera le meilleur. Ces appareils peuvent se classer en trois groupes :

1° Les seringues; 2° les appareils à pompe; 3° les appareils dans lesquels l'écoulement du liquide se fait par son propre poids aidé ou non d'un mécanisme de siphon.

Toutes les seringues hypodermiques pourront être utilisées sous la réserve qu'elles soient facilement stérilisables et d'une certaine capacité; comme la quantité du sérum à injecter est toujours abondante, la besogne deviendrait presque impraticable avec une seringue de petite contenance. L'aiguille qui doit toujours avoir été flambée sera assez grosse et longue, autrement la force à déployer pour faire pénétrer le liquide devient rapidement un obstacle.

Parmi les appareils à pompe, le plus employé est

celui de Potain. Varnier a constaté qu'en se servant de l'aiguille n° 2 on peut faire pénétrer 100 grammes de liquide en deux minutes, avec trois coups de piston :

On pourra se servir soit d'un simple bock à injections, émaillé ou en verre, muni de son tube en caoutchouc et armé d'une aiguille Potain n° 2, pour les injections hypodermiques ou d'une canulé en verre pour les injections intraveineuses. Une simple bouteille avec un bouchon perforé de deux trous à travers lesquels passent deux tubes en verre de différente longueur constitue un appareil de fortune très suffisant.

L'un des tubes de verre est court et reste à la surface du liquide permettant la rentrée de l'air ; l'autre tube, long, plonge jusqu'au fond de la bouteille et se continue extérieurement avec le tube de caoutchouc. Une boulette de ouate stérilisée ferme le tube à air. Le siphon étant amorcé, l'écoulement a lieu sous une pression qui varie avec la hauteur du récipient.

Une autre disposition fait plonger le tube à air jusqu'au fond de la bouteille et le tube d'écoulement plonge seulement dans le liquide une fois la bouteille renversée. Il est aisé de comprendre qu'avec une légère compression digitale sur le tube en caoutchouc on peut faire varier à volonté la vitesse de l'écoulement.

Il faut signaler ici les ampoules en verre de Chevreton soudées à la flamme et le dispositif ingénieux, qui fait passer le tube dans une double boîte remplie d'acétate de soude en *voie de cristallisation* et maintient ainsi le liquide à une température constante de 36°. (Quénu, Soc. de chir., 17 mars 1897.)

L'injection sera pratiquée au pourtour du grand trochanter, à la fesse, à la face antéro-externe de la cuisse ou sous la paroi abdominale, la région choisie ayant été préalablement lavée, brossée et aseptisée avec soin. L'aiguille sera introduite obliquement à 3 ou 4 centimètres de profondeur sous la peau, l'injection intramusculaire étant plus douloureuse. La pénétration du liquide devant toujours se faire d'une façon lente et régulière, il suffira d'élever le récipient à 1 mètre ou 1 m, 1/2 au maximum : Varnier a montré qu'en élevant le réservoir à 2 mètres, une injection de 250 grammes, pratiquée avec le petit trocart de trousse, met 10 minutes à pénétrer. On facilitera la résorption rapide du liquide en pratiquant un léger massage sur la boule d'œdème qui se forme au moment de l'injection. Il arrive dans les cas très graves que la boule ainsi formée ne se résorbe pas ; ce signe est toujours de mauvais augure et c'est pour M. Lejars « une indication pressante de l'injection intraveineuse ». Une fois l'aiguille retirée, on appliquera sur la piqûre une goutte de collodion iodoformé ou à son défaut on se contentera de la comprimer légèrement avec un peu d'ouate stérilisée et une bande.

Injection intra-veineuse. — Nous avons brièvement exposé plus haut les indications de l'injection intra-veineuse. Disons ici que cette opération présente moins de difficulté qu'on ne le croit généralement. De plus si l'on prend avec soin les précautions aseptiques de règle dans toute intervention chirurgicale, on sera à peu près certain d'un bon résultat.

Afin de rendre la veine que l'on a choisie plus apparente, on exercera au-dessus d'elle une compression circulaire. On choisit généralement la médiane céphalique qui est plus grosse et plus visible. On peut aussi chez des malades qui n'ont aux membres inférieurs ni œdèmes ni varices s'adresser à la saphène interne, dans sa partie inférieure au côté interne de la jambe. La saphène repose à ce niveau sur un plan osseux qui rend très facile la dissection de la peau et la dénudation de la veine. On aura soin de dénuder la veine au-dessus de la ligature circulaire et la canule s'y introduira plus facilement que dans les veines du pli du coude, la jambe étant plus facilement maintenue en extension que l'avant-bras ; de plus les médianes céphalique ou basilique émergent d'un lit adipeux parfois très épais alors que la saphène fait nettement saillie sur la table osseuse de la face interne du tibia. On emploiera de préférence pour les injections intra-veineuses des longues canules dont l'extrémité taillée en biseau est montée sur une manière de col.

Cette disposition fait que cette canule une fois introduite dans la veine ne glisse pas et s'y maintient aisément.

Quant à la quantité d'eau salée à injecter, elle varie suivant la quantité de sang extraite par la saignée ou perdue au cours des hémorrhagies de la délivrance.

La lecture des observations que nous publions en donne une idée très nette.

On aura soin aussi de ne pas laisser pénétrer d'air dans la veine au moment de l'injection, afin de ne pas

s'exposer aux terribles accidents de l'embolie gazeuse, et on obtiendra aisément ce résultat en n'introduisant la canule dans la veine, que lorsque l'on a déjà ouvert le robinet d'écoulement, s'il s'agit d'un bock à injection. Disons d'ailleurs, que si la pénétration de quelques fines bulles d'air n'est pas très dangereuse, il est toujours préférable d'éviter cet accident.

L'entéroclyse dans les accès d'éclampsie.

L'entéroclyse ou entéroclisme ou encore lavage de l'intestin a été créé par Cantani, de Naples, en 1878. Dé Dominicis, Paolucci, Perli, Pera et Bianchi, ont depuis publié des observations relatives aux succès de cette méthode. En France, M. Muselli publie en 1883, un long article sur le même sujet dans le *Journal de médecine* de Bordeaux.

Toutes ces publications ont trait aux diverses indications de l'entéroclyse et visent principalement l'occlusion intestinale, les diarrhées, la dysentérie, le choléra, et enfin l'entéroclyse nutritive pour l'alimentation de certains malades par le rectum.

Nulle part, il n'y est parlé des accès d'éclampsie. Or, si nous savons que de tout temps les accoucheurs ont administré des lavements aux femmes éclamptiques, et nous en trouvons un exemple dans l'observation de Mauriceau que nous avons relatée plus haut, il faut arriver à ces dernières années pour voir appliquer systé-

matiquement, non plus le simple lavement, mais le grand lavage de l'intestin dans le traitement des accès d'éclampsie.

Nous avons dit au commencement de cet ouvrage que les accès d'éclampsie relevaient d'une auto-intoxication due à l'insuffisance des émonctoires (reins, foie, intestins), et la fétidité bien connue des évacuations alvines des éclamptiques n'est-elle pas une preuve certaine du rôle important que joue l'intestin dans la pathogénie de cette affection ? L'intestin étant le lieu de formation de certaines décompositions ou putréfactions anormales, et donnant naissance à des toxines nuisibles, n'est-il pas de la plus simple logique de chercher à le nettoyer, à le laver comme on lave une plaie extérieure ?

On arrivera, en effet, par ce moyen à arrêter la décomposition des matières contenues dans son intérieur et à mettre un terme à la production des toxines qui en résultent, ce qui dans l'occurrence nous paraît être une mesure thérapeutique aussi rationnelle que le lavage de la vessie dans la cystite simple ou purulente.

Le lavage de l'intestin qui entre dans la thérapeutique des urémies a dans les accès d'éclampsie des indications tout aussi précises.

Dans le service de la Maternité le lavage de l'intestin s'est substitué progressivement aux lavements purgatifs auxquels on l'a quelquefois associé.

De plus le lavage rectal, tel qu'il est pratiqué dans ce service, donne lieu à un phénomène presque constant et dont l'importance thérapeutique d'une part et pronostici-

que d'autre part pourrait être considérable. Nous voulons parler du phénomène suivant :

Après que les premiers litres de l'irrigation ont ramené des selles souvent abondantes, dures, mal digérées, presque toujours horriblement fétides, le liquide revient clair, mais au bout de quelque temps il se colore progressivement en jaune et on assiste alors à une véritable débâcle de bile. Il n'y a dans le liquide aucune particule solide qui pourrait faire attribuer cette coloration à autre chose qu'à de la bile. Ce flot de bile n'est pas long à disparaître et le liquide devient de nouveau clair ; on interrompt alors l'entéroclyse. On sait que la bile passe pour être un des meilleurs antiseptiques de l'intestin, or en provoquant le flot de bile dont il est question, on opère par conséquent une sorte de lavage physiologique.

L'entéroclyse n'agit pas seulement mécaniquement, car elle n'atteint guère que la portion ascendante du gros intestin, mais encore dynamiquement car elle fait contracter l'intestin et agit comme purgatif. On doit aussi lui attribuer une action réflexe se manifestant par une augmentation de la sécrétion biliaire. Cette action réflexe agit peut-être sur le rein dont elle favoriserait la diurèse et d'une façon certaine sur le foie. L'efficacité des lavages et lavements de l'intestin est démontrée depuis 1877 par les applications que Krüll en fit aux infections hépatiques (ictère catarrhal), cette méthode est vantée par MM. Chauffard, Charcot et Bouchard (traité, foie) ; elle est aujourd'hui couramment utilisée dans le traitement des ictères infectieux, de la

colique hépatique, des obstructions biliaire aiguës, etc.

Technique. — La malade est placée dans la position obstétricale, la hanche gauche légèrement relevée par un coussin de façon à mettre le cœcum dans une situation déclive. Cette position spéciale a pour but de permettre au liquide de chasser du cœcum les gaz qui s'y accumulent en grande abondance. Le bock dont on se servira sera placé à une hauteur d'environ 50 centimètres au-dessus de la malade de façon à obtenir une pression relativement faible et suffisante à la pénétration du liquide. Au tube de caoutchouc est adaptée une canule à double courant en verre d'une longueur de 10 à 12 centimètres qui permet la sortie du liquide. On commencera souvent par administrer un lavement purgatif à l'eau de Sedlitz d'environ deux litres. Quand ce lavement est expulsé, on fera le lavage avec 10 à 12 litres d'eau tiède, salée à 7 pour 1000, et l'on continuera avec de l'eau bouillie simple jusqu'à la production du flot de bile que l'on obtient le plus souvent du 20^{me} au 40^{me} litre.

La durée de l'entéroclyse est d'une demi-heure, trois quarts d'heure à une heure.

Mode d'application de ces trois agents thérapeutiques

Des observations que nous publions plus loin il ressort que dans quelques cas on n'a recours qu'à l'entéroclyse sans saignée ni injections de sérum, que dans

d'autres cas on a employé la saignée sans injection de sérum et que le plus souvent on a combiné l'action de ces trois agents.

Comment procéder en pratique dans le jeu de ces trois méthodes ?

Les contre-indications générales étant éliminées, on procédera différemment selon que l'on sera appelé à traiter une éclamptique pendant les prodromes de la maladie et au cours de ses accès.

Dans le premier cas on commencera par l'entéroclyse de façon à maintenir libre l'intestin de la malade, et on pratiquera une saignée d'environ 300 grammes. Il va sans dire que le régime lacté sera appliqué dans toute sa rigueur.

Dans le deuxième cas, quelle que soit la forme de l'accès quelle que soit son intensité, qu'il s'accompagne ou non de symptômes visuels, gastriques, cérébraux, le traitement immédiat sera :

1° Une grande saignée, 500 à 600 grammes ;

2° Immédiatement après une injection de 1000 grammes de sérum artificiel ;

3° Après l'injection et même au cours de celle-ci antéroclyse jusqu'à la production de l'écoulement de bile.

Que se passe-t-il après ce traitement ?

Nous renvoyons aux observations que nous publions plus loin pour juger du résultat pratique de chacun des trois modes de traitement qui constituent le trépied thérapeutique qui fait l'objet de ce travail.

D'une façon générale on peut dire qu'à de rares

exceptions près, on obtient aussitôt après l'application du traitement les résultats suivants :

- 1° Les accès deviennent moins longs.
- 2° Les accès s'espacent.
- 3° Le pouls perd de sa tension.
- 4° La diurèse s'établit et s'affirme de plus en plus.
- 5° Les phénomènes relatifs au sens de la vue perdent de leur intensité.
- 6° L'état général s'améliore.

Cependant dans certains cas les accès se reproduisent encore, après une période d'accalmie. Dans l'observation XVII, on peut voir que par trois fois on a eu recours à la saignée, trois fois à l'hypodermoclyse et sept ou huit fois au grand lavage rectal.

Chaque fois l'application de ces divers traitements a été suivie d'une amélioration, passagère il est vrai, puisque l'on a été obligé d'y recourir à plusieurs reprises ; néanmoins le résultat est des plus affirmatifs puisque malgré les complications de la convalescence (bronchite), la malade quitte la Maternité guérie.

Est-il indispensable au cours de ces accès subintrants, et récidivant au moindre prétexte de forcer les malades à ingurgiter du lait ? La plupart des auteurs répondent : oui, et ce système a donné lieu à bien des excès. Dans certains cas où l'on ne pouvait arriver à disjoindre les mâchoires des malades, on est allé jusqu'à introduire du lait dans l'œsophage par la voie nasale. Or, les convulsions de l'éclampsie ont ceci de commun avec les convulsions du tétanos, qu'elles sont souvent rappelées par la moindre excitation venant du dehors. Le bruit,

une lumière trop vive suffisent à provoquer de nouvelles crises ; il faut donc se garder de ces manœuvres imprudentes.

On laissera les malades dans le repos absolu et la chambre sera obscure et chauffée à une température de 20° au moins.

Nous ne parlerons pas dans ce travail du traitement obstétrical des accès d'éclampsie, le traitement préconisé par nous ne comportant aucune modification ni restriction de l'intervention obstétricale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

La nommée B..., 22 ans, secondipare, entre à la Maternité le 10 janvier 1899, à terme.

Scarlatine au mois d'août 1898.

Début de l'œdème, le 6 janvier, depuis 3 jours céphalée intense, urine foncée, peu abondante, riche en albumine; le 10 janvier, prodromes d'éclampsie, céphalée, douleurs épigastriques, vomissements, cécité complète. A 10 heures du soir, on lui administre *un grand lavement purgatif*.

Saignée 300 gr.

Injection intra-veineuse de sérum artificiel 1000 gr.
Temp. 37°,4; pouls 84.

La malade a des frissons et se plaint de céphalée frontale, et boit un peu de lait. Compresses glacées sur le front. Elle accuse quelques contractions utérines; à 4 heures du matin, le travail se régularise.

6 heures du matin, col effacé, dilatation de 2 centim., enfant vivant, position D. P.

Temp. 37°,6; pouls 120.

Midi: Dilatation 5 cent., membranes rompues artificiellement.

1 heure 10: Dilatation complète, la parturiente accouche spontanément d'un enfant vivant sexe masculin, poids 3400 gr.

11 janvier : Toute la journée, la malade est agitée et énervée ; la cécité est toujours complète, la céphalée intense. A 9 heures du soir, elle se calme un peu.

12 janvier : La malade est assez reposée, boit du lait, mais se plaint encore de céphalée ; à midi, on a recueilli 1500 gr. d'urine dans les 24 heures.

Nuit du 12 au 13 : Céphalée persistante, compresses glacées sur le front.

13 janvier : A 9 heures, l'accouchée a un accès d'éclampsie, le coma est de courte durée.

Lavement purgatif, urines recueillies 1500 gr.

Lavage rectal, 1000 gr. de sérum en deux lavements. Garderobes abondantes. Son état est bon. Elle cause, voit. Guérison.

OBSERVATION II

La nommée C..., 22 ans, primipare, enceinte de 8 mois. Il y a 3 semaines, cette femme dit avoir des troubles visuels, de violentes céphalées frontales et des douleurs épigastriques.

Le 20 janvier 1899, elle accouche en ville d'un enfant vivant du sexe féminin. Elle ne se souvient ni d'avoir souffert, ni d'être accouchée.

Le 26 janvier, à 4 heures du matin, la malade est prise de convulsions et les accès se répétant, elle est transférée à l'hôpital, après que le médecin lui eut préalablement fait *une saignée évaluée à un demi-litre*, d'après le dire de la sage femme.

A son arrivée à l'hôpital, à 1 heure du soir, elle est dans le coma, pâle, œdématiée. Temp. 37° 8, pouls 128, petit. Dyspnée, cyanose légère, narines pulvérulentes, langue sèche, soif ardente.

Auscultation : Poumons, rien à droite ; à gauche, râles bulleux, sous-crépitants et crépitants.

On sonde la malade et on recueille un demi-litre d'urine claire contenant une notable quantité d'albumine.

A 1 heure 40, la malade est prise d'un accès, la période d'involution est très longue et consiste surtout en contractions des paupières et des muscles de l'œil.

Après l'accès, la malade a une teinte cyanosée, la respiration est difficile et lente à s'établir.

Injection hypodermique de sérum de 600 gr. qui est absorbée rapidement.

A 3 heures 45, la malade a eu 4 accès au cours desquels elle s'est mordu la langue. Il s'écoule un sang noir qui est arrêté par une compression digitale.

Des ventouses lui sont posées, la respiration est meilleure.

A 5 heures, *injection intra-veineuse de 1.000 gr.*

La malade reprend connaissance et demande à boire.

Pendant la nuit, la situation s'améliore encore, sauf un peu de dyspnée.

Congestion pulmonaire pendant les suites de couches. Guérison.

OBSERVATION III

La nommée P..., 21 ans, primipare (infirmière).

Les règles sont supprimées depuis 18 mois sans cause apparente. C'est pendant l'aménorrhée qu'est survenue la grossesse, laquelle évolue normalement jusqu'au 22 février.

Ce soir-là, 23 février 1899, elle se rendit à la réception à 9 h. 1/2 du soir car elle ressentait quelques douleurs. A l'examen l'urine est albumineuse. La malade dit avoir eu depuis quelque temps des maux de tête et d'estomac.

Palper : L'utérus répond au volume d'une grossesse de 7 mois 1/2. Sommet en D. P., à 11 h. 1/2 dilatation presque complète.

A minuit, on rompt les membranes, le liquide est normal. Accouchement normal, enfant vivant sexe masculin, poids 1850 grammes.

Arrière-faix, complet, poids 400 grammes.

Temp. : 37° ; pouls, 72.

1^{er} accès à 5 h. 45 du matin. Céphalée, troubles de la vision.

2^e accès 7 h. 15 du matin comme la 1^{re} fois, reprend connaissance assez vite. Temp. : 37° ; pouls : 88.

3^e accès à 9 h. 5. Après cet accès la malade repose jusqu'à 11 h. 30. Elle paraît avoir toute sa lucidité d'esprit, néanmoins le mal de tête persiste et la vision est toujours trouble.

4^e accès à 11 h. 15. La malade est plus agitée que le matin.

5^e accès à 3 h. L'agitation dure toujours avec alternatives de courts moments de repos.

Pouls : 132. L'accès est suivi d'une période d'agitation jusqu'à 5 h. 30, puis la malade est plus calme.

Le 23 février à 8 h. 30 *injection hypodermique de sérum de 400 grammes*. Le calme s'accroît aussitôt.

Le 26 février. L'état général est sensiblement meilleur sauf des douleurs frontales plus accusées à gauche.

L'accouchée distingue les doigts qu'on lui montre mais à travers un brouillard.

Elle a uriné en 24 heures un litre d'urine claire contenant environ 13 gr. d'albumine.

Guérison.

OBSERVATION IV

La nommée D..., primipare, 20 ans, ayant eu en ville 5 accès d'éclampsie, est amenée à la Maternité le 15 mars 1899 à 11 h. 30 du matin. Temp. 37°8, pouls 100. Elle est très agitée.

Un lavement de trois verres d'eau de Sedlitz reste infructueux.

A midi 40, 1^{er} accès d'éclampsie à l'hôpital, le coma a duré peu de temps. On pratique le cathétérisme, l'urine est peu abondante et fortement colorée. A l'examen le tout se coagule.

Nouveau lavement à l'eau de Sedlitz, garde-robes assez abondantes.

A 1 h. 25 du soir, 2^e accès.

Examen : Utérus développé comme pour une grossesse de 7 mois et demi environ. Sommet en D. P. Bruits du cœur bons.

Col largement ouvert, de temps en temps apparaissent quelques contractions utérines sans manifestation d'agitation et de douleur du côté de la malade. La parturiente étant en travail, on ne pratique qu'une *saignée de 500 grammes*, la malade étant sous le chloroforme.

On pratique à la fesse droite, toutes précautions antiseptiques prises, une injection de bleu de méthylène, à la même fesse *une injection de sérum*, mais la parturiente étant très agitée, l'aiguille se casse et l'injection n'est que de *200 grammes* environ.

On administre alors un *lavement de 400 grammes de sérum* dont une partie est rejetée. La malade est plus calme.

A 2 h. 55 du soir, 3^e accès. Temp. 39°, pouls 112.

A 3 h. 40 du soir, 4^e accès. Le coma dure 30 minutes et la parturiente redevient agitée.

Injection hypodermique de 800 grammes de sérum.

A 5 h. 25 on fait la dilatation forcée.

A 6 h. 25. Application de forceps, extraction d'un enfant vivant, sexe féminin, poids 1900 grammes.

A 6 h. 45 du soir. Délivrance naturelle et complète, poids 350 grammes.

A 11 h. 20 du soir. Premier accès après l'accouchement, pouls 160.

16 mars : A 3 h. 30 du matin, 2^e accès après l'accouchement.

A 8 h. du matin, 3^e accès après l'accouchement, pouls 120.

Lavement de sérum de 200 grammes. L'accouchée est calme toute la journée. L'enfant est mis en couveuse.

Après l'injection de bleu de méthylène la malade est sondée

tous les trois quarts d'heure, à 4 h. 3/4 l'urine est colorée par le bleu. Le lendemain les urines de l'enfant sont également colorées.

Les suites de couches sont pathologiques à cause d'une déchirure du col, remontant au-delà de l'insertion vaginale, mais les accès d'éclampsie sont conjurés et la malade sort de l'hôpital guérie.

OBSERVATION V

La nommée H..., secondipare, 28 ans.

La première grossesse a été interrompue par un accident (chute).

Grossesse actuelle d'environ 7 mois ; entre à la Maternité, parce qu'elle présente tous les prodromes d'éclampsie. Ces prodromes sont survenus le 18 mars 1899, sauf l'œdème qui existe depuis le 10. Le jour de son entrée, cécité presque complète, céphalée intense persistante, vomissements biliaires. On administre *un premier lavement purgatif et un autre d'eau bouillie*, évacuation de matières liquides peu abondantes, très fétides. L'urine assez claire présente une notable quantité d'albumine.

Le 20 mars peu d'agitation.

Régime lacté absolu, la malade urine bien.

A 7 h. 40 du matin, injection de bleu de méthylène.

Dans la journée ces troubles persistent mais moins accentués que la veille, la malade reconnaît les objets qui l'environnent.

Le 21 mars. La nuit a été assez bonne, l'œdème est moins prononcé.

Toucher. Col ramolli, pas de parties fœtales accessibles.

Elle part le 6 avril 1899, en très bon état ; enfant mort, la quantité d'albumine a diminué depuis la mort du fœtus.

Le soir du même jour elle ressent des douleurs et revient à la Maternité à 3 h. 30 du matin.

A 9 heures du matin elle expulse un fœtus macéré déformé, poids 1550 grammes.

A 9 h. 30. L'arrière faix qui est dans le vagin est attiré doucement au dehors. A la coupe on aperçoit des anfractuosités blanches. Le placenta est épais et rapetissé. La caduque est épaisse. Quitte l'hôpital le 11^e jour guérie.

OBSERVATION VI

La nommée P..., secondipare, 25 ans, entre à la Maternité le 1^{er} avril 1899, enceinte d'environ 8 mois. Elle entre en travail vers 11 heures du soir.

Examen : Œdème très prononcé des membres inférieurs, de la paroi abdominale, œdème sus-pubien.

Faciès bouffi. Absence de varices. Sommet en G. A. Bruits du cœur bons. Dilatation de 3 cent. Membranes rompues depuis 4 heures environ. A 1 heure du matin, la parturiente accouche spontanément d'un enfant vivant du sexe féminin du poids de 1.650 gr.

A 2 heures, délivrance spontanée. Arrière-faix complet pesant 440 gr.

Vers 7 heures du soir, l'accouchée s'agite violemment dans son lit, est secouée par un frisson, pousse un cri et se mord violemment la langue.

A 8 h. 5, elle a un accès d'éclampsie bien caractérisé.

A 8 h. 35, 2 ^e accès	} On lui fait <i>une saignée de 500 gr., et une injection hypodermique de 1.000 gr. de sérum.</i>
A 9 h. 10. 3 ^e accès	
A 10 h., 4 ^e accès	
A 10 h. 40, 5 ^e accès	

De 11 h. 15 à 1 h. 15 du matin, 4 accès se succèdent.

Temp. : 37°,5 ; pouls : 100. La malade vomit avec abondance.

De 1 h. 50 à 3 h. 5, 4 nouveaux accès. Temp. : 39°,1 ; pouls 120.

A 3 h. 50, 14^e accès. On lui donne *un lavement glycérimé de 2 litres* qui amène des garde-robes abondantes et fétides.

A 4 h. 30, 15^e accès. On pratique *une nouvelle saignée de 500 gr.* Une injection de bleu de méthylène et *une injection hypodermique de 1.000 gr. de sérum.*

A 5 h. 1/2, Temp.: 39°; pouls très faible 160, respiration, 32.

A 8 heures, Temp.: 39°,3; pouls 128. Il n'y a pas eu d'accès de 4 h. 30 du matin à 10 h. 50. A ce moment, elle a un 16^e et dernier accès.

Midi, temp. 38°,7; pouls, 108. *Lavement de 2 verres d'eau de Sedlitz.* 5 h. 20. Temp.: 39°; pouls 120.

Dans toute la nuit, on a recueilli 160 gr. d'urine, laquelle est colorée par le bleu de méthylène.

Le 4 avril, la malade se sent mieux et boit du lait.

Le 5 avril, on lui redonne *un grand lavement*, qui amène une garde-robe abondante.

La température est normale. Son urine dosée pour les 24 heures contient un gramme d'albumine par litre. Les suites de couches sont normales et la malade quitte la Maternité, guérie.

OBSERVATION VII

La nommée G..., primipare, 19 ans, est prise d'accès d'éclampsie le 10 mai 1899 à 3 h.1/2 du matin et a six crises consécutives entre lesquelles elle ne reprend pas connaissance. A 11 h. 1/2 elle est amenée à la Maternité et a un nouvel accès aussitôt son arrivée. Œdème prononcé des paupières et des membres inférieurs.

Urines claires peu abondantes contenant 10 gr. d'albumine par litre.

A 1 heure 2^{me} et 3^{me} accès.

On pratique *une saignée de 500 gr. et une injection hypodermique de sérum artificiel de 1200 grammes.*

Malgré ces soins l'état de la malade ne se modifie pas très

sensiblement et elle a un 4^{me} accès à 3 h. 45. Les urines sont abondantes et verdâtres. Temp. : 37° 4 ; pouls : 92.

Examen obstétrical : grossesse de 6 mois 1/2 environ, enfant vivant, col perméable, membranes intactes.

A 4 h. 20 du soir, 5^e accès.

A 5 h. 37 — 6^e —

A 7 h. 10 — 7^e —

A 9 h. 5 — 8^e —

A partir de minuit la malade est très agitée et on lui fait donner un *grand lavement à la glycérine*. A 3 h. 20 du matin l'agitation persiste encore ; les membranes bombant à l'orifice vulvaire, on les rompt artificiellement et la malade accouche spontanément d'un enfant vivant, du sexe féminin, du poids de 800 grammes. La délivrance qui se fait simultanément pèse 250 grammes, les membranes sont déchirées.

Dans les suites de couches cette malade présenta des troubles mentaux tels qu'ils nécessitèrent son internement à l'asile Ste-Anne.

OBSERVATION VIII

La nommée L..., primipare, entre à la Maternité le 29 juin 1899. Comme antécédents pathologiques elle aurait eu à 13 ans le côté droit paralysé pendant 2 mois, fait qui fut attribué à la chorée, elle a conservé un tremblement de ce côté-là.

Depuis cet âge elle est facilement essoufflée.

Dernières règles, fin septembre, ce qui fait que cette femme est à terme. Vomissements pendant les trois premiers mois. A partir du milieu de mars elle était hospitalisée à l'asile Sainte-Madeleine.

Œdème des membres inférieurs puis des grandes et petites lèvres. Urines presque normales, à peine un léger louche sous l'action de la chaleur.

Utérus gros, constamment tendu, donnant une sensation de flot.

A midi et demie la malade a un accès d'éclampsie qui dure presque cinq minutes. Temp. : 37°3 ; pouls : 80.

On lui administre *un lavement purgatif* qui ne fait pas beaucoup d'effet.

A 1 h. 25, 2^e accès qui dure 5 minutes, la malade est fortement cyanosée.

A 1 h. 55, on pratique une injection de bleu de méthylène, puis 2 heures après *une injection hypodermique de 1000 gr. de sérum*. L'état s'améliore un peu, néanmoins à 2 h. 25, l'urine émise n'a pas de coloration et à 2 h. 35 la malade est prise de vomissements verdâtres suivis d'un 3^e accès qui ne dure plus que 2 minutes.

Les urines recueillies à 2 h. 50 sont colorées en vert, la malade est calme jusqu'à 3 h. 15. A ce moment elle a un 4^e accès qui dure environ 3 minutes.

A 3 h. et demie, les urines sont toujours colorées et la malade a encore des vomissements verdâtres. A 4 h. 10, on rompt la poche des eaux et il s'écoule une grande quantité de liquide.

A 5 h. 20, 5^e accès, la malade reste cyanosée, mais à partir de ce moment elle urine.

A 6 h. 20, 6^e accès qui dure 2 minutes.

A 7 h. 15, la parturiente accouche spontanément d'un enfant vivant du sexe féminin.

A 7 h. et demie, délivrance complète du poids de 350 gr.

Après la délivrance la malade perd assez abondamment. Injections chaudes, vaginale et intra-utérine. Temp. : 38°4. La malade repose ensuite jusqu'à 9 h. 20. A ce moment elle est reprise de vomissements verdâtres et est très agitée.

30 juin, 2 heures du matin : 7^e accès qui dure 4 minutes. Vomissements. Durée du coma 15 minutes. Période d'agitation 2 h. et demie, les urines sont colorées.

A 6 h. 20, 8^e accès, durée de 5 minutes. Temp. : 38°2 ; pouls 72. On lui donne *un grand lavement et une injection de sérum de 1000 gr*. Le calme se rétablit, la malade pendant toute la journée dort d'un profond sommeil. Guérison.

OBSERVATION IX

La nommée S..., primipare, 19 ans, est entrée à la Maternité le 3 juillet 1899 à terme.

Antécédents personnels : A eu la fièvre typhoïde à 11 ans.

Grossesse actuelle. Aucun malaise pendant la grossesse. Femme de petite taille (1m. 40 c.), parenthèse des membres inférieurs, pas d'autres traces de rachitisme.

Palper : Sommet mobile en D. T. débordant la symphyse pubienne.

Auscultation : Bruits du cœur bons.

Toucher. Col long, fermé, bassin étroit dans toutes ses dimensions, paraissant symétrique, on suit les 2 lignes innommées. Diamètre P. S. P. 10 c. Circonférence bi-trochantérienne 83 cm., même distance des épines iliaques à la symphyse pubienne.

La malade n'a que 2 incisives à la mâchoire supérieure.

Bassin large transversalement.

Pendant son séjour au dortoir les urines sont normales.

Le 10 juillet : 1^{res} douleurs, contractions régulières, dilatation de 5 cm. Sommet non engagé, poche des eaux volumineuse,

Les membranes sont rompues artificiellement, les contractions sont régulières et fortes.

A 11 heures la dilatation est complète, la tête progresse, il y a une énorme bosse sero-sanguine.

A minuit 15, la parturiente a un accès d'éclampsie qui dure 2 minutes ; à 1 heure du matin elle a repris connaissance. A 1 h. 20 on fait une application de forceps à l'orifice vulvaire. Extraction d'un enfant vivant du sexe féminin du poids de 3350 grammes.

A 1 h. 40, délivrance par la méthode mixte. Le placenta est complet et pèse 650 grammes.

On pratique une injection hypodermique de sérum de 1200 grammes.

Pendant le travail les urines étaient albumineuses.

L'accouchée n'a plus d'accès d'éclampsie et sort de l'hôpital guérie.

OBSERVATION X

La nommée C..., 27 ans. primipare à terme entre à la Maternité le 21 juillet 1899 à 7 h. 15 du matin.

A 10 heures du soir, 1^{er} accès d'éclampsie, durée 3 minutes.

A 11 heures du soir, 2^e accès d'éclampsie, durée 3 minutes. Temp. : 37°4 ; pouls 88. Les urines sont chargées d'albumine. Pendant les accès on constate de la paralysie faciale du côté gauche. Le coma est de courte durée, le pouls est toujours resté bon, et la malade possède sa connaissance dans l'intervalle des accès.

La dilatation reste stationnaire, on fait à la parturiente *une injection sous-cutanée de 400 grammes de sérum artificiel*.

A 11 h. 10 la dilatation permet l'intervention. La tête se présente en OIGA, la rotation n'est pas accomplie. Après avoir endormi la malade au chloroforme, on rompt les membranes et on applique le forceps directement par rapport à la tête et obliquement par rapport au bassin. Après avoir accompli la rotation artificielle, et la tête ayant été attirée à l'orifice vulvaire, on retire le forceps et l'on achève l'accouchement. L'enfant vivant, du sexe féminin, pèse 3000 grammes, mais est pâle et ne crie pas. A 11 h. 40 on pratique la délivrance qui est incomplète et pèse 550 grammes.

Lavage intra-utérin de 10 litres de naphtol.

Le 22 juillet : A minuit 30, *injection sous-cutanée de sérum de 600 grammes*. La malade se calme. Temp. : 37°8, pouls 84. A 4 heures du matin, 3^e attaque d'éclampsie. Durée 3 minutes. Il n'y a pas eu d'agitation préalable, mais le coma est un peu plus long et dure 13 minutes.

A 7 h. 5 du matin, 4^e accès, durée 5 minutes, durée du coma

15 minutes. Température du matin, 37°7, pouls 108. Les urines recueillies sont foncées. La journée est très calme, la malade n'a plus d'accès. Température du soir 37°3, pouls 96.

Guérison.

OBSERVATION XI

La nommée G..., primipare, 20 ans, à terme, entre à la Maternité le 8 octobre 1899. Bassin rétréci. Sommet très élevé. De 10 heures du matin à midi la malade est calme, ayant des douleurs très espacées. Comme on avait eu le tort de ne pas examiner les urines à la salle de travail, se basant sur l'examen pratiqué au dortoir, on laisse la malade manger un potage. Aussitôt après, à 1 h. 20, elle est prise d'un accès d'éclampsie qu'aucun symptôme n'aurait pu faire prévoir. Après l'accès les urines contiennent une notable quantité d'albumine. On donne d'abord *un lavement purgatif* (deux verres d'eau de Sedlitz), qui n'amène que peu de garde-robes, et l'on pratique ensuite *un grand lavage rectal*. A 1 h. 50, 2^e accès, à 3 h. 20, 3^e accès. *Injection de sérum, 1200 grammes.*

Sommet élevé en G.A., dilatation, 1 centim. En voulant atteindre le promontoire la sage-femme rompt accidentellement les membranes; la tête fuit dans la fosse iliaque. On maintient la tête au détroit supérieur, et elle ne tarde pas à se fixer.

A 3 h. 30, dilatation de 2 à 3 cent., 3^e accès.

A 4 h. 40, 4^e accès, qui dure une minute. Après chaque accès la malade reprend vite connaissance.

A 5 h. 35, 5^e accès, durée, une demi-minute; la malade a une période d'agitation due probablement aux contractions utérines, la dilatation étant complète.

A 6 heures, troubles visuels, la malade ne reconnaît plus, ou du moins a une faible notion des objets perçus, elle entend encore

A 6 h. 5, 6^e accès, durée une minute. Grande agitation incohérente. Un nouvel accès étant menaçant, on fait une application de forceps à l'orifice vulvaire et l'on extrait un enfant vivant bien portant. Lésion de la fourchette, points de suture.

Hémorrhagie de la délivrance évaluée à 500 grammes environ.

Délivrance naturelle, déchirure peu étendue du col à gauche. Malade assez calme.

A 7 heures, 7^e accès. A 9 h. 45 on lui donne un verre de lait et quelques instants après elle a un 8^e accès. Entre ses accès la malade reprend connaissance.

Le 9 octobre : A 2 h. 20, 9^e accès, après lequel elle geint pendant une demi-heure. La peau est chaude, sèche. Temp. : 36°8, pouls 160. On pratique *une nouvelle injection de 1000 grammes de sérum*. La malade reprend bientôt connaissance et repose. A 7 heures du matin. Temp. : 38°2, pouls 130.

Le 10 octobre, un demi-gramme d'albumine par litre.

Suites de couches : La malade va aussi bien que possible. Temp. : 38°, descend progressivement à 37° ou 36°8, le pouls descend également ; les urines ne contiennent plus d'albumine et la malade part le 24^e jour, guérié.

OBSERVATION XII

La nommée A..., 22 ans, primipare, enceinte d'environ 6 mois et hospitalisée à l'asile St-Raphaël, est prise subitement dans la soirée du 5 novembre 1899 d'un accès d'éclampsie immédiatement suivi d'un second. On la transporte à la Maternité, et pendant le trajet en voiture survient un troisième accès. Elle arrive à 10 h. du soir.

Examen : Œdème des membres inférieurs. Sommet engagé en G. A., les B. D. C. sont bons, le col est long et fermé.

Les urines sont claires et contiennent beaucoup d'albumine.

On lui donne *un lavement* qui amène des garde-robes décolorées, mastic.

Injection sous-cutanée de 1000 gr. de sérum.

6 novembre, 1 h. 3/4 du matin : 4^e accès d'éclampsie (pas de coma).

2 h. 1/4 du matin : 5^e accès d'éclampsie, coma persistant.

5 h. 40 du matin : 6^e accès d'éclampsie, la malade a des contractions utérines très douloureuses.

6 h. 30 du matin : 7^e accès ; température : 38° 2 ; pouls 90.

8 h. 15 du matin : 8^e accès.

8 h. 30 du matin 9^e accès ; temp. ; 38° 4 ; pouls 90, coma.

De 11 h. à midi 1/2 : 10^e, 11^e et 12^e accès.

On fait *une injection hypodermique de 1000 gr. de sérum* et l'on se décide à pratiquer l'accouchement forcé.

2 h., pendant les manœuvres 13^e accès.

3 h. : on procède à l'accouchement avec application de forceps. Enfant vivant poids 1350 gr.

Temp. 38° 7 ; pouls 112.

De 4 h. à 6 h. : 4 accès se succèdent. Total 17 accès.

7 h. soir : *Injection hypodermique de 1000 gr. de sérum* rapidement absorbée. A partir de ce moment la malade repose, elle passe une bonne nuit. La respiration qui avait été stertoreuse et fréquente pendant toute la journée s'apaise et redevient normale le 7 au matin.

7 novembre, 9 h. du matin : La malade est dans le coma. On pratique *un grand lavage intestinal* qui amène des matières très abondantes et incolores.

Temp. 37° 2 ; pouls 100 à 11 h. du matin.

8 novembre : *Grand lavage intestinal*. La malade va abondamment à la garde-robe puis repose le restant de la journée et la nuit.

9 novembre : *Nouveau lavage intestinal*. Garde-robes plus colorées que la veille. Puis survient un flot de bile qui est suivi de matières jaunes accompagnées de petits pigments biliaires noirs se déposant sans être mélangés aux matières. La malade

semble alors éprouver un certain bien-être, elle reprend connaissance et raisonne.

10 novembre : La malade est un peu hébétée, vers le soir elle s'agite puis est prise de phénomènes méningitiques si bien qu'il faut lui mettre la camisole de force.

11 novembre : La malade est plus calme, comme elle urine dans son lit, on ne peut faire d'analyse. Temp. 37°8 ; pouls 110.

Dans la soirée les symptômes s'amendent peu à peu, les jours suivants la malade va mieux.

Elle sort le 20^e jour guérie.

OBSERVATION XIII

La nommée M..., primipare, 20 ans, à terme, entre à la Maternité le 7 janvier 1900, à minuit.

Elle a eu 4 accès d'éclampsie chez elle, un 5^e en voiture, un 6^e à son arrivée à l'hôpital.

Elle est dans le coma, la respiration est bruyante, fréquente (60 par minute). La malade est pâle, très agitée et pousse des cris à tout instant.

On recueille tout juste la quantité d'urines nécessaire pour l'analyse à la chaleur, il n'y en a pas suffisamment pour le réactif d'Esbach ; l'urine est claire et se coagule rapidement. Temp. : 37°,6 ; pouls : 152, resp. 60.

Lavement : Evacuation d'une garde-robe abondante.

L'utérus est très développé (39 centim. au-dessus du pubis) On sent la tête non engagée au détroit supérieur, dos à gauche. Hydramnios. Les bruits du cœur sont perçus.

Toucher. Dilatation, 3 centim., orifice mince, poche des eaux volumineuse ; la tête bien fléchie est en transverse au-dessus du détroit supérieur à égale distance du pubis et du promontoire. Celui ci est accessible assez loin, on suit le pourtour du détroit supérieur.

La malade, très petite, ne présente pas de traces de rachitisme. Les contractions sont fortes et rapprochées.

Vers minuit 1/2, la malade a un 7^e accès d'éclampsie.

On pratique *une saignée de 4 à 500 gr. et une injection hypodermique de serum de 1.000 gr.*

Pour faire la saignée et l'injection, on a été obligé d'avoir recours au chloroforme dont on a fait respirer quelques bouffées.

A 3 h. 1/2, 8^e accès moins violent que le précédent.

A 3 h. 50, la poche des eaux se rompt brusquement, la tête s'engage et à 4 h. 15, la malade accouche spontanément d'un enfant vivant du sexe masculin du poids de 3.150 gr. Hémorrhagie de la délivrance, sang liquide et caillots : 1.100 gr. Injection vaginale chaude, utérus bien rétracté.

Le placenta est d'aspect normal, sauf un noyau de dégénérescence graisseuse, les membranes sont incomplètes. La malade est pâle, mais repose.

8 heures matin. Temp.: 37°,8 ; pouls : 150. On recueille à peine quelques gouttes d'urine qui est claire, et l'on pratique *une seconde injection de serum de 1.000 gr.* A 10 heures, on parvient à lui faire prendre 20 gr. de lait. Cette quantité renouvelée toutes les heures est absorbée sans trop de difficulté.

Le pouls qui était incomptable, redescend à 128, 124, 120 et 118. Toute la nuit, la malade est calme. Vers 7 heures, elle commence à s'agiter. A 8 h. 1/2, on fait *un lavage rectal* que l'on est obligé de suspendre à cause de l'agitation de la malade.

Les suites de couches sont bonnes et la malade sort de la Maternité guérie.

OBSERVATION XIV

La nommée Y..., primipare, 16 ans, a eu ses dernières règles fin avril 1899. Sa grossesse évolue normalement. Le 16 décembre, elle entre à l'asile Michelet, n'y est soumise à aucun régime spécial et y reste jusqu'à son entrée à la Maternité qui

a lieu le 25 janvier 1900, à 4 h. 50 du matin. A son arrivée, les urines sont claires, mais chargées d'albumine.

Examen : Jeune femme pâle, face bouffie, pas d'œdème des membres inférieurs. Sommet en O. I. G. A., enfant vivant.

Toucher. Dilatation de 2 cent., membranes intactes, sommet qui s'engage, rectum distendu.

Lavement avec 2 verres d'eau de Sedlitz, garde-robes abondantes. Le travail marche régulièrement et la malade n'accuse à aucun moment de prodromes d'éclampsie. A 11 heures, la dilatation est complète, les membranes se rompent, la tête apparaît à l'orifice vulvaire.

A 11 h. 45, elle a un premier accès d'éclampsie.

A ce moment pour hâter la terminaison de l'accouchement on fait de l'expression.

10 minutes après l'accouchement est terminé, l'enfant cyanosé est facilement ranimé, il va bien. La malade a une hémorrhagie de 500 gr. environ y compris celle de la délivrance.

Le placenta est extrait 10 minutes après ; il est complet et ne présente aucune altération d'origine albuminurique.

A 1 h. 1/4, 2^e accès ; aussitôt après, on sonde la malade et on recueille 1/2 litre d'urine claire.

Injection hypodermique de sérum 1.000 gr.

A 1 h. 1/2, hémorrhagie évaluée à 300 gr. environ.

On pratique une injection intra-utérine et tout de suite après *un grand lavage intestinal*, lequel ramène en abondance des aliments non digérés tels que des morceaux de carotte qui paraissent crus.

A 1 h. 35, 3^e accès. Temp. : 37° ; pouls : 136.

A 1 h. 50, 4^e accès.

A 2 heures, 5^e accès.

Coma persistant, urines claires, le réactif d'Esbach révèle 3 gr. d'albumine.

A 6 h. 30, 6^e accès.

A 7 heures, 7^e accès, précédé et suivi d'une période d'agitation.

A 7 h. 40, 8^e accès. *Nouvelle injection de sérum de 1000 gr.*

A 9 heures, 9^e accès. Temp. : 37°,4 ; pouls : 120.

A 10 h. 1/4 et 10 h. 1/2, 10^e et 11^e accès.

La particularité de ces accès, c'est qu'ils surviennent accouplés.

26 janvier 1900, minuit et minuit 20 : 12^e et 13^e accès ; temp. : 39°7 ; pouls : 100.

2 h. 10 et 2 h. 20 : 14^e et 15^e accès. On recueille 300 grammes d'urine claire. Voyant que les attaques d'éclampsie persistent, le pouls étant plein, régulier, la malade ne paraissant pas trop anémiée, on se décide à faire une saignée.

3 h. et 3 h. 15 : 16^e et 17^e accès. Dans l'intervalle de ces deux accès, on pratique *une saignée de 600 grammes*, et aussitôt après *une injection sous-cutanée de sérum de 600 grammes* seulement, étant donné qu'elle en a déjà eu 2000 grammes.

3 h. 55 : 18^e accès.

4 h. 15 : 19^e accès, temp. : 37°4 ; pouls : 130.

Malgré la fréquence des accès cette femme n'a pas d'élévation de température, ce qu'il faut attribuer à l'hémorrhagie qu'elle a subie et à la saignée qu'on lui a faite.

6 h. et 6 h. 15 : 20^e et 21^e accès.

8 heures matin : La malade va spontanément et abondamment à la garde-robe. C'est extrêmement fétide. *On fait un nouveau lavage rectal* qui ramène encore d'abondantes garde-robes.

9 h. 15 et 9 h. 25 : 22^e et 23^e accès. *Nouvelle injection de sérum de 1000 grammes*. La quantité d'urine recueillie depuis la veille à midi est de un litre ; l'accouchée est calme et l'on commence à reprendre espoir quand à 3 h. 10 elle est prise d'un accès d'éclampsie (son 24^e) ; à 5 h. 10 : 25^e accès ; temp. : 37°4 ; pouls : 152.

27 janvier : La malade a reposé toute la nuit et a uriné dans son lit. Trois accès se succèdent rapidement à 5 h. 20, 6 h. 40 et 7 h. et demie.

Injection de sérum, 1000 grammes.

3 h. 45 : 29^e accès ; temp. : 37°4 ; pouls : 104 ; resp. : 24.

2 h. et 2 h. 15 : 30^e et 31^e accès. A 3 heures du soir *injection de sérum 1000 grammes*. La malade est calme, elle repose bien ; de temps en temps elle gémit, puis est de nouveau tranquille.

On lui fait respirer de l'oxygène, 90 litres environ.

7 heures soir : 32^e accès.

28 janvier : La malade a reposé toute la nuit, elle est calme ; temp. : 37°5 ; pouls : 120.

9 heures matin : *Injection de sérum, 500 grammes*.

9 h. 5 : 33^e accès suivi d'une grande période d'agitation, les urines ne présentent plus qu'un léger nuage d'albumine.

Midi 5 : 34^e accès, 3 heures, 35^e, et 4 h. 55, 36^e accès d'éclampsie ; temp. : 37°6 ; pouls : 120. Après ce 36^e accès la malade repose et l'on s'abstient de lui faire de nouvelles injections de sérum afin de ne provoquer chez elle aucune excitation.

Le soir à 11 heures la malade sort du coma dans lequel elle était tombée depuis trois jours et repose tranquillement jusqu'au lendemain matin. On lui donne du lait et les urines ne présentent plus au réactif qu'un léger nuage d'albumine.

Cette malade est donc restée trois jours et demi sous l'empire de l'éclampsie, elle a eu 36 accès et *on lui a injecté 6100 gr. de sérum artificiel*, par la voie hypodermique.

Elle sort de la Maternité guérie.

OBSERVATION XV

La nommée X..., primipare, entre à la Maternité le 27 avril 1900 à 3 heures et demie du soir, étant dans le coma éclamptique. Temp. : 38°2 ; pouls : 120.

On recueille les renseignements suivants :

Elle est au régime lacté depuis un mois, sauf une infraction à ce régime la veille.

Depuis huit jours la malade a des vomissements et des maux de tête, mais pas de maux d'estomac. Le 27 avril au matin elle

a quatre accès d'éclampsie. Elle arrive à la Maternité en ambulance et a deux accès pendant le trajet.

Grossesse d'environ six mois, les membranes viennent de se rompre, la dilatation est de 3 centimètres environ, on arrive sur une petite partie fœtale qui est la tête.

On fait *un grand lavage rectal (25 litres)* qui amène des matières fécales couleur mastic et l'on recueille l'urine dans un tube à expériences. A 4 heures et demie, on pratique *une saignée de 500 grammes, suivie d'une injection de sérum artificiel de 1200 grammes*, faite dans la veine qu'on a saignée. La parturiente se calme pendant trois quarts d'heure, mais à 5 h. 15 elle est reprise d'un 7^e accès ; à 5 heures et demie, 8^e accès après lequel la malade s'endort profondément.

A 9 h. 30 comme on allait s'assurer de la marche du travail, on constate que la parturiente vient d'accoucher sans avoir fait aucun mouvement, ni être sortie de son sommeil. L'enfant du sexe féminin est mort et pèse 1050 grammes. La délivrance (200 gr.) se fait spontanément, il n'y a pas d'hémorrhagie. La malade continue à dormir profondément. Il y a rétention de la caduque.

28 avril, 6 heures du matin : L'urine est recueillie, elle est en petite quantité mais un peu plus claire, elle est dosée au réactif d'Esbach, repos de 24 heures.

A 8 h. 40, 9^e accès.

A 9 h. 10, 10^e accès ; temp. : 37 : pouls : 88.

A 11 heures du matin, *injection sous-cutanée de sérum de 1000 gr.*

Vers 1 heure de l'après-midi la malade a une période d'agitation, elle se jette à bas de son lit et frappe les personnes qui l'entourent, elle est remise dans son lit à grand'peine puis se calme et repose toute l'après-midi.

A 7 heures du soir, *lavage rectal de 8 litres* qui amène un flot de bile.

A 8 h. 15. 11^e accès.

À 8 h. 40, 12^e accès, puis elle se calme pour le reste de la nuit.

29 avril matin : temp. : 37° 6 ; *lavage rectal de 8 litres* qui amène des garde-robes abondantes.

Pouls : 100. Il y a une nouvelle période d'agitation qui nécessite l'emploi de la camisole de force puis les symptômes s'amendent et la malade sort de la Maternité guérie.

OBSERVATION XVI

La nommée R..., primipare, 21 ans, entre à la Maternité le 30 avril 1900.

Pas de renseignements sur la marche de la grossesse. Il y a 15 jours a eu des bourdonnements d'oreille et des maux d'estomac.

Elle a eu 5 accès d'éclampsie chez elle et 4 autres accès en arrivant à la Maternité.

L'utérus est développé comme pour une grossesse de 6 mois. Col effacé dilatation de 2 cm. Membranes intactes. Sommet. L'urine analysée contient une notable quantité d'albumine, nouvelle analyse auréactif. La malade est très agitée, on pratique *un grand lavage rectal (25 litres)* qui amène des garde-robes abondantes et très fétides

A 5 h. 35, 9^e accès.

A 6 heures, 10^e accès, et cinq minutes après 11^e accès, les grands mouvements sont brusques, durent longtemps et nécessitent un peu de chloroforme. A ce moment il se produit une hémorrhagie nasale.

A 6 h. 1/2, on pratique *une saignée de 500 grammes*.

La malade est dans le coma, est cyanosée et a une respiration convulsive ; une nouvelle hémorrhagie nasale se produit.

La respiration se rétablit peu à peu et à ce moment surviennent des vomissements abondants très fétides.

Injection sous-cutanée de sérum de 1000 grammes.

De 7 heures à 7 h. 1/2 7 accès d'éclampsie se succèdent sans intervalle. Temp : 39° 2 ; pouls : 92.

De 9 h. 5 à 9 h. 15, 3 nouveaux accès, Temp : 40° 6 ; pouls : 100 ; respiration : 50.

A 9 h. 25. on rompt la poche des eaux, liquide normal, chaque respiration est accompagnée d'un râle bronchique et d'un gémissement qui fait penser à l'existence des douleurs.

A 10 h. 25, accouchement spontané et inconscient d'un enfant mort du sexe féminin du poids de 1300 grammes. (Sommet en G. A.)

A 10 h. 40, le placenta (200 gr.) complet est extrait à l'aide de la méthode mixte.

Minuit 15 : 22° accès. Temp. 40° 6 ; pouls : 148, respiration : 50.

1^{er} mai, 6 heures matin : La malade est toujours dans le coma. Temp. : 37° 8 ; pouls : 120 ; respiration : 40,

11 heures matin : *Grand lavage rectal*. Sondage qui n'amène qu'une quantité très petite et très colorée d'urine.

Midi. La malade sort du coma, elle est très agitée, elle se lève, on ne peut plus la tenir au lit, elle veut battre toutes les personnes qui l'approchent ; on est obligé de lui mettre la camisole de force.

A 4 heures du soir, elle reprend connaissance et se calme.

2 mai, midi : La malade va beaucoup mieux, les suites de couches ne présentent rien de particulier ; la lucidité est complètement revenue.

Le 13 mai, Elle part bien portante ayant encore presque 50 centig. d'albumine.

OBSERVATION XVII

La nommée G..., primipare, 22 ans, arrive à la Maternité le 5 septembre 1900, à 5 h. 45 du soir ; elle est enceinte de 8 mois environ, a eu deux accès d'éclampsie chez elle et 2 accès pen-

dant son trajet en voiture d'ambulance. A son arrivée on recueille les urines qui sont noirâtres et contiennent une notable quantité d'albumine.

On lui fait *un grand lavage rectal de 30 litres* qui n'amène qu'une petite quantité de matières et pas de bile ; on pratique aussi *une saignée de 650 grammes, et une injection hypodermique de 1000 grammes de sérum artificiel.*

A 7 h. 25, 5^e accès qui est de courte durée et dont la malade se remet facilement. Pendant la nuit elle émet une petite quantité d'urine très foncée et boit un peu de lait.

6 septembre, 6 heures du matin : Sommet mobile en G., enfant vivant. Temp. : 37° 2 ; pouls 120. Les urines contiennent 10 grammes d'albumine par litre.

A 2 heures du soir, les urines sont moins foncées et plus abondantes, la malade boit souvent du lait.

7 septembre : La nuit a été calme, les accès ont complètement disparu. Dans la journée on lui administre *un grand lavement* qui amène des garde-robes abondantes et jaunâtres. Quantité d'urine en 24 heures, 1100 grammes.

8 septembre : Les urines sont plus claires et ne contiennent plus que 4 grammes d'albumine. *Un grand lavement* donne encore un résultat satisfaisant néanmoins, la malade éprouve des maux de tête, des troubles de la vue et des douleurs d'estomac, elle vomit son lait non digéré.

9 septembre : L'état reste stationnaire, la quantité d'urine émise en 24 heures est d'un litre.

A 6 h. 1/2 du soir, on pratique *une saignée de 450 grammes et une injection hypodermique de sérum de 1000 grammes.* L'urine ne contient plus que 2 grammes d'albumine.

10 septembre : La malade continue à vomir, a de la diarrhée (4 garde robes dans la journée), les maux de tête diminuent légèrement. On lui administre *un grand lavement* qui amène des garde-robes décolorées.

11 septembre : On recueille 1250 grammes d'urine, 2 gr. 5 d'albumine l'enfant est vivant ; les bruits du cœur sont bons.

12 septembre : La malade présente des troubles cérébraux et visuels, elle est très agitée.

15 septembre : L'état général est meilleur et l'on s'abstient de tout traitement, la malade étant toujours soumise au régime lacté. Le lait n'est administré que dans l'intervalle des accès.

17 septembre : Dans la nuit, les maux de tête reviennent puis maux d'estomac, vomissements, troubles de la vue, bourdonnements d'oreilles.

L'albumine a considérablement augmenté.

Le 19 septembre, 9 h. 1/2 matin : 6^e accès d'éclampsie, coma de courte durée. *Grand lavage rectal* qui entraîne des garde-robes abondantes et jaunâtres.

A 11 h. 5 matin, 7^e accès qui dure 5 minutes.

A 2 h. 25, 8^e accès. *Saignée 650 gr. et injection de sérum de 650 gr.* La malade va abondamment à la garde-robe, se calme et repose un peu. Comme elle se plaint d'avoir froid, on l'enveloppe de flanelle chaude.

Temp. : 36°,8 ; pouls : 88.

20 septembre : Temp. : 36°,6 ; pouls : 80. *Lavement de 2 verres d'eau de Sedlitz* qu'elle garde 5 minutes ; garde-robes peu abondantes, une heure après, *un nouveau lavement de 2 verres d'eau de Sedlitz* n'a pas un résultat beaucoup plus satisfaisant.

22 septembre : Temp. : 36°,6 ; pouls : 64. Toute la journée, la malade prend du lait coupé d'eau de Vichy ou de tilleul.

23 septembre : Dilatation du col : 1 centim.. Temp. : 36°,6 ; pouls : 72.

Lavement de 2 litres, garde-robes abondantes.

24 septembre : A 7 heures du soir, les membranes se rompent, dilatation complète. A 7 h. 1/2, grand bain d'une heure.

A 8 h. 1/2, accouchement spontané d'un enfant mort du sexe masculin de 2.350 gr. Sommet en G. A.

A 8 h. 40, délivrance spontanée avec rétention de la caduque Poids : 385 gr.

Temp. : 37°,2 ; pouls : 120 ; respiration : 50.

26 septembre : La malade se plaignant de maux de tête, on lui fait respirer un peu d'oxygène.

A 10 h. 1/2, frisson. Temp. : 39°6, tranchées violentes. Oxygène en permanence.

A 3 heures, *lavement de 4 litres d'eau*, garde-robes jaunes, claires et abondantes, elle se calme peu à peu.

Les jours suivants, les *lavements* sont continués et malgré une assez forte bronchite que la malade subit pendant les suites de couches, elle sort le 14 octobre, guérie.

OBSERVATION XVIII

La nommée B..., 24 ans, primipare à terme, entre à la Maternité le 8 septembre 1900, à 10 h. 15 du matin.

Examen : Sommet engagé en D. P., dilatation de 2 centim., membranes intactes. Les urines contiennent une notable quantité d'albumine.

A midi, les membranes se rompent spontanément, le liquide qui s'écoule est normal et à midi 40, elle accouche d'un enfant vivant du sexe masculin, du poids de 3.200 gr.

Le périnée est complètement déchiré. A 1 heure, l'arrière-faix est extrait à l'aide de la méthode mixte; il est complet et pèse 650 gr.

L'accouchée va bien et tout semble faire prévoir des suites de couches normales, lorsqu'à :

1 h. 45, elle a un premier accès d'éclampsie. Temp. : 37°6 ; pouls : 102.

3 h. 15, 2^e accès. Temp. : 37°8 ; pouls : 112.

3 h. 30. *Lavage rectal de 30 litres*, peu de garde-robes.

3 h. 45. 3^e accès.

4 h. 20, 4^e accès.

4 h. 40, 5^e accès.

5 heures, 6^e accès.

Tension du poulx considérable. Respiration de Cheyne Stokes.

On pratique une saignée de 500 gr. Le sang se coagule rapidement et complètement ; il n'y a pas de sérum. Temp. : 37°,6 ; poulx : 148.

5 h. 35, 7 ^e	accès	
5 h. 50, 8 ^e	»	
6 h. 20, 9 ^e	»	
6 h. 35, 10 ^e	»	Durée des grands mouvements : de 5 à 7 minutes.
6 h. 55, 11 ^e	»	
7 h. 20, 12 ^e	»	Temp. : 38°,6 ; poulx : 140.
7 h. 35, 13 ^e	»	
8 h. 10, 14 ^e	»	
8 h. 25, 15 ^e	»	
8 h. 40, 16 ^e	»	
9 h. 5, 17 ^e	»	Temp. : 38°,1 ; poulx : 140.
9 h. 20, 18 ^e	»	Malade très pâle, respiration saccadée.
9 h. 35, 19 ^e	»	Pas de grands mouvements.
9 h. 50, 20 ^e	»	
9 h. 53, 21 ^e	»	
9 h. 55, 22 ^e	»	
9 h. 57, 23 ^e	»	
10 h. 24 ^e	»	
10 h. 5, 25 ^e	»	précédé de 2 ou 3 grands mouvements.
11 h. 26 ^e	»	5 minutes. Temp. : 39°,4 ; poulx : 140.
11 h. 20,	<i>Grand lavage rectal de 30 litres</i> , frisson qui dure un quart d'heure, garde-robes assez abondantes.	
11 h. 40,	27 ^e accès. On donne quelques bouffées de chloroforme.	
11 h. 48, 28 ^e	»	
11 h. 55, 29 ^e	»	Sueurs froides au front.
12 h. 30 ^e	»	
12 h. 5, 31 ^e	»	10 minutes, le visage est couvert de sueur.
12 h. 15, 32 ^e	»	La malade rend beaucoup de gaz.
12 h. 23,	Agitation.	

12 h. 30 agitation. Temp. : 39°,2 ; pouls : 128.

12 h. 45 L'abdomen augmente de volume, la malade rend toujours beaucoup de gaz.

1 h. Agitation.

1 h. 50, 33° accès. 10 minutes. Temp. : 39°,6 ; pouls : 136.

4 h. Temp. ; 39°,6 ; pouls : 128.

6 h. » 39°,4 ; » 128 ; respiration : 60.

7 h. 30 » 39°,4 ; » 148 ; » : 60.

La malade dort, de temps en temps elle ouvre les yeux, elle est couverte de sueur ; à la pression de l'abdomen elle ne réagit pas, le ventre est ballonné irrégulièrement et la malade rend des gaz.

Le pouls est plein et fort, 146.

Depuis l'accouchement on n'a recueilli que 250 grammes d'urine, laquelle est claire et donne au réactif d'Esbach 6 grammes d'albumine.

L'utérus est petit, dur, à égale distance de l'ombilic et du pubis. La vessie ne contient que très peu d'urine, aussi pour ne déterminer aucune agitation chez la malade on la laisse absolument tranquille et on ne la sonde pas.

A 8 h. 50, petit accès d'éclampsie. Temp. ; 39°4.

A 9 h. 40 : La malade est très agitée, elle a des soubresauts continuels avec tremblement de tout le corps. Respiration : 68.

10 h. 10 : Accès nerveux. Temp. : 38°8, pouls 116.

11 heures : Le calme se rétablit peu à peu.

Midi : Légère agitation. Temp. : 39° ; pouls : 120, resp. 64.

5 h. 1/2 : La malade est sondée, on recueille 1/3 de litre d'urine couleur acajou. On lui fait respirer de l'oxygène pendant 10 minutes.

6 heures : Temp. : 40°2 ; pouls : 104.

10 heures : Temp. : 40°4 ; pouls : 146 ; resp. 60.

Minuit : Temp. : 42° ; pouls 130 ; resp. : 68.

A 1 h. 1/4, elle succombe.

Cette malade a eu 33 accès bien nets, et meurt 60 heures après l'accouchement.

OBSERVATION XIX

La nommée D..., 24 ans, primipare, arrive à la Maternité le 28 septembre 1900 à 1 h. 45 du soir après avoir eu dans la matinée deux accès d'éclampsie. A 1 h. 50, elle a un 3^e accès suivi d'un long coma. Les urines que l'on analyse se coagulent entièrement. Temp. 37°6, pouls 108.

Examen : Sommet engagé en G, enfant vivant, col peudilaté, membranes intactes. Temp. 37°6, pouls : 108.

2 h. 50 : 4^e accès, 1 minute. On pratique *une saignée de 500 grammes et un lavage rectal de 30 litres* qui amènent des garde-robes abondantes et fétides.

4 h. 05 : 5^e accès. *Injection hypodermique de 800 grammes de sérum artificiel.*

4 h. 55 : 6^e accès.

6 heures : 7^e accès. *Injection de sérum de 500 grammes.*

6 h. 45 : 8^e accès.

7 h. 30 : 9^e accès. Temp. 37°4, pouls 140, respiration 40.

8 h. 10 : 10^e accès. Col dilatable et presque entièrement effacé.

8 h. 55 : 11^e accès. La respiration est stertoreuse. Temp. : 39 pouls : 128, respiration : 52.

9 h. 55 : 12^e accès. La malade a des contractions utérines.

10 h. 45 : 13^e accès.

11 h. 45 : 14^e accès. La malade se calme un peu.

29 septembre. — 1 h. 45 matin : 15^e accès. Temp. : 39°2, pouls 128, resp. : 60.

2 h. 15 : *Injection hypodermique de 800 grammes de sérum.*

Pendant cette injection qui dure 45 minutes, la malade est très agitée, l'utérus est constamment contracté.

5 h. 25 : En découvrant la malade on constate que le fœtus est expulsé. C'est un enfant du sexe féminin qui pèse 2.200

grammes, il est décoloré et ne fait aucun mouvement. Néanmoins au bout de 20 minutes d'efforts, on arrive à le ranimer.

5 h. 55 : Délivrance obtenue à l'aide de la méthode mixte, poids : 400 grammes. Temp. : 39°, pouls : 124.

La malade est enveloppée dans des flanelles chaudes.

Le lendemain la malade va mieux, on continue *les lavements* et la malade quitte la Maternité le 10 octobre guérie.

OBSERVATION XX

La nommée B..., 17 ans, primipare, enceinte d'environ six mois, est amenée à l'hôpital Cochin, le 14 octobre 1900; elle est sans connaissance. A l'analyse des urines on constate de l'albumine.

Reconnue enceinte, elle est envoyée à la Maternité où elle arrive le 15 octobre 1900, à 11 h. 45 du matin.

Midi. On lui fait *un lavage rectal de 48 litres* qui dure une heure. Expulsion de matières jaunes, dures et abondantes. A partir du 20^e litre, flots de bile très abondants. Les six derniers litres ne ramènent plus de bile.

1 heure : Injection vaginale de 4 litres au naphтол.

Col effacé non perméable.

A eu un premier accès chez elle la veille 14 octobre, le 15 octobre à 12 h. 45, 2^e accès (1/2 minute).

2 h. 5 : 3^e accès. Temp. : 36°; pouls : 80.

3 heures : *Saignée de 680 grammes*. La malade est très agitée.

4 heures : *Injection hypodermique de sérum, 900 grammes*.

5 h. 20 : Vomissements, malade toujours très agitée.

16 octobre : La malade a passé une très bonne nuit, à 8 h. 25 du soir, elle accouche spontanément d'un fœtus mort de 650 grammes. L'arrière-faix incomplet (175 gr.) vient en même temps. Elle passe une bonne nuit.

18 octobre : *Lavage rectal à l'eau salée, 8 litres.*

Garde-robes peu abondantes et jaunes.

Les suites de couches sont normales et la malade est guérie lorsqu'elle quitte la Maternité.

OBSERVATION XXI

La nommée C..., 25 ans, secondipare, à terme, entre à la Maternité le 16 octobre 1900, et à 10 heures du matin, elle accouche normalement d'un enfant vivant du sexe masculin du poids de 2.250 grammes. Le placenta expulsé spontanément est petit (350 gr.), épais, tomenteux et présente des nodosités diverses. Les urines se coagulent très fortement à l'examen. Temp. : 37°; pouls : 96.

Le lendemain 17 octobre, à 7 heures du matin, la malade a un 1^{er} accès d'éclampsie de courte durée, pas de coma.

7 h. 25, 2^e accès d'une minute, coma.

8 heures, 3^e accès.

8 h. 20, *lavage rectal de 40 litres*; au 6^e litre, matières fécales peu abondantes. au 16^e, matières fétides, flot jaune, louche, terreux, au 24^e litre, matières fécales abondantes.

8 h. 30, 4^e accès.

8 h. 55, 5^e accès.

9 h. 30, 6^e accès. *Saignée 450 grammes.*

10 heures, 7^e accès. *Injection de sérum de 800 grammes.*

10 h. 25, 8^e accès.

10 h. 40, 9^e accès. Temp. : 37°8; pouls : 120.

11 heures, 10^e accès.

11 h. 20, 11^e accès. *Injection de sérum de 600 grammes.*

11 h. 40, 12^e accès.

Midi, 13^e accès.

12 h. 40, 14^e accès. Temp. 38°3; pouls, 92.

1 h. 35, 15^e accès.

2 h. 5, 16^e accès. Frisson, temp. 38°8; pouls : 120.

2 h. 20, 17^e accès.

2 h. 40, 18^e accès.

3 h. 5, 19^e accès.

3 h. 40, 20^e accès.

4 h. 25, 21^e accès. Temp. 38° 9; pouls : 144.

6 h. 30, 22^e accès. A partir de ce moment la malade est très agitée.

7 h. 10, 23^e accès. *Lavement de 4 litres* qui amène beaucoup de matières.

8 h. 55, 24^e accès.

9 h. 55, 25^e accès.

11 heures, 26^e accès.

2 h. 10, 27^e accès.

2 h. 45, 28^e et dernier accès. La malade a encore du délire pendant cinq jours, mais les accès ne reviennent plus; petit à petit les urines augmentent et la quantité d'albumine diminue.

A sa sortie de la Maternité, le 15 novembre on ne trouve plus qu'un léger nuage d'albumine et elle quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION XXII

La nommée V..., éclamptique, venant de chez elle. Elle n'est pas reçue à l'hôpital Necker et est amenée à la Maternité le 21 octobre 1900 à 11 h. 45. On ignore le nombre d'accès avant son arrivée. Aucun renseignement ne peut être pris.

Examen : Coma, œdème généralisé surtout des cuisses, œdème ecchymotique des paupières.

1 ^{er} accès à la Maternité.	11 h. 50	} Saignée de 500 gr. Le sang coule goutte à goutte pendant une heure. Lavement d'environ 80 litres. Pas de matières fécales. Par instants des flots de liquide vert et fétide.
2 ^e	—	
3 ^e	—	
4 ^e	—	
5 ^e	—	

Injection de sérum 1.000 gr.

La malade a le teint plombé et s'est coupé la langue.

Au moment de la saignée défaut de parallélisme entre la paroi de la veine et l'incision. Le sang se coagule et l'on évalue la saignée à 100 gr.

Une 2^e saignée est faite sans plus de résultat. *3^e saignée* dans laquelle on retire enfin *500 gr. de sang en 1 h. 1/2.*

Les accès sont toujours fréquents et se rapprochent de plus en plus. *Nouvellement injection de sérum de 1.000 gr.* qui n'est pas absorbé et reste dans le tissu cellulaire augmentant son œdème. Les paupières sont bouffies.

Les urines recueillies sont couleur café noir. Examen obstétrical. Palper. Sommet engagé.

Toucher : Col non dilatable, membranes intactes.

Bruits du cœur : bons.

6^e accès, 5 h. 15.

7^e accès, 6 h. 50.

8^e accès, 7 h. 50; temp. : 37°; pouls : 80°.

On sonde la malade, l'urine est toujours de la même couleur.

Toucher : Col incomplètement effacé, non dilatable, très dur.

Bruits du cœur ne sont pas perçus.

9^e accès, 8 h. 40.

10^e accès, 9 h. 30.

11^e accès. 10 h. 50.

12^e accès, 11 h.

A 5 heures du matin, temp. : 37°,7; pouls : 13°.

Toucher : dilatation de 3 à 4 cent. On sonde et l'on recueille quelques gouttes d'urine noire.

Le sérum qui n'a pas été absorbé forme une tumeur dans la cuisse.

La malade a l'air de souffrir, l'utérus se contracte à intervalles très rapprochés. A 7 h. 10 la dilatation est presque complète et en quelques contractions la malade accouche d'un enfant mort, sexe masculin, pesant 2.500 gr. Elle n'a pas d'accès pendant l'accouchement.

A 7 h. 50 la délivrance est expulsée spontanément Elle est complète, poids : 400 gr.

Temp. : 38°; pouls : 160; respiration : 48.

Elle est stertoreuse avant comme après l'accouchement. La malade *ne perd pas* ni avant ni après la délivrance.

De 7 h. 30 à 11 h. la malade est dans le coma.

Vers 11 h. *une nouvelle saignée*.

La respiration de la malade est alors très lente, puis disparaît bientôt, le pouls n'est plus senti, on fait la respiration artificielle.

La malade succombe à 11 h. 20 du matin, 4 h. après l'accouchement.

8 gr. d'urée par litre. En 28 h. on n'a recueilli que 200 gr. d'urine.

OBSERVATION XXIII

La nommée G..., multipare (10 grossesses antérieures), 44 ans, enceinte d'environ 8 mois, est amenée à la Maternité en ambulance le 23 octobre 1900 à 11 heures du matin. Elle est en état de coma éclamptique, le pouls est filiforme, la respiration stertoreuse; on voit qu'elle respire très difficilement. Elle a eu chez elle plusieurs accès au cours desquels elle s'est fortement mordu la langue.

Cedème généralisé, bouffissure de la face, le faciès est plombé. On recueille une petite quantité d'urine (environ 100 grammes) qui à l'examen se coagule entièrement.

Entéroclyse de 25 litres d'eau salée qui n'amène pas de garde-robes.

Très difficilement on arrive à pratiquer *une saignée*, le sang qui s'écoule goutte à goutte est noirâtre, très épais et se coagule immédiatement. L'écoulement dure 1 heure et demie, on recueille 700 grammes de sang; pendant ce temps la malade a un accès d'éclampsie de courte durée.

A midi 56, *injection hypodermique de sérum* qui est absorbé assez rapidement.

2 heures 55, deuxième accès. Temp : 39°6; pouls : 120.

Après cet accès on refait *une nouvelle injection de sérum de 600 grammes.*

4 heures : Temp : 38°8 ; pouls 120.

La malade respire très difficilement ; on lui fait respirer de l'oxygène, elle urine très peu mais transpire abondamment.

7 heures et demie : La malade est très agitée, on continue l'oxygène et la nuit est relativement calme.

24 octobre : A 7 heures du matin, on s'aperçoit que le siège et le tronc d'un fœtus sont hors de la vulve ; la malade a donc accouché sans avoir proféré une plainte. Le fœtus est extrait rapidement et sans difficulté. L'enfant est mort, pèse 2100 grammes. La délivrance spontanée et complète se produit sans le moindre écoulement sanguin.

9 heures matin : *Lavage intestinal de 15 litres d'eau salée* sans résultat. Temp : 38°6, pouls, 116.

La malade reprend connaissance et peut donner quelques renseignements.

A 3 heures du soir, la respiration est fréquente, difficile, on pose des ventouses sur toute la région dorsale et on pratique *une injection hypodermique de 500 grammes de sérum.*

L'urine recueillie en 24 heures (200 gr.) est très albumineuse ; la transpiration est abondante.

25 octobre : La malade n'a pas dormi de la nuit, sa respiration est haletante, elle se plaint d'un violent point de côté. On lui repose des ventouses et on lui fait boire du lait additionné de rhum.

Oxygène en permanence, temp. : 39° 8, pouls : 144, respiration : 55.

A 6 heures du soir, la malade succombe, le décès est attribué à une pneumonie massive.

OBSERVATION XXIV

La nommée M..., primipare, 20 ans, à terme, entre à la Maternité le 20 novembre 1900.

Examen, 11 heures soir : Sommet au détroit supérieur en D. P.

Bruits du cœur bons. Dilatation 3 à 4 centimètres.

Le promontoire est accessible. Urine normale.

Les membranes se rompent spontanément, le liquide qui s'écoule est verdâtre. Jusqu'à 6 heures du matin les bruits du cœur restent bons, à ce moment la parturiente accuse un violent mal de tête et dit ne plus voir clair.

Les bruits du cœur sont nuls, la malade a le délire.

Le bassin est généralement rétréci.

A 8 heures, elle a un accès d'éclampsie.

8 h. 1/2 : *Lavage rectal de 16 litres.*

9 heures : *Saignée de 500 grammes et injection hypodermique de 500 grammes de sérum.*

A 10 heures, on pratique une basiotripsie ; les épaules ne se dégageant pas on est obligé d'extraire la postérieure à l'aide d'un crochet introduit dans les organes génitaux, l'autre se dégage sans difficulté. Au moment de l'extraction le périnée se déchire jusqu'au niveau de l'anus.

L'enfant pèse 3.350 grammes.

Délivrance artificielle. Diamètre promonto-sous-pubien 10 cm. 1.

Périnéorrhaphie. Pouls : 120 ; temp. : 35° 4.

Suites de couches normales.

La malade quitte la Maternité guérie.

OBSERVATION XXV

La nommée X..., primipare, arrive à la Maternité en ambulance le 22 novembre 1900 à 6 heures du matin, accouchée et délivrée.

La personne qui l'accompagne donne les renseignements suivants : à une heure du matin, la parturiente a accusé une

céphalée intense, puis a été prise de vomissements suivis de près par un accès d'éclampsie.

Pendant le coma de cet accès, elle est accouchée d'un enfant vivant à environ six mois de terme et pesant 1.000 grammes. La délivrance s'est faite aussitôt après ; aucun écoulement sanguin anormal.

Assez rapidement après, surviennent un 2^e et un 3^e accès. On amène alors l'accouchée à la Maternité en ambulance. Pendant le trajet elle perd normalement.

Examen à l'arrivée. L'accouchée est dans le coma ; le pouls est petit et fréquent. Pas d'œdème pulmonaire. On lui donne *un lavement évacuatif avec trois verres d'eau de Sedlitz* et aussitôt après *un grand lavage rectal de 20 litres* qui amène des garde-robes abondantes et noirâtres. Pendant cette opération elle a un 4^e accès d'éclampsie.

Injection hypodermique de 1.000 grammes de sérum artificiel. Le sondage amène une urine claire contenant une notable quantité d'albumine.

De 6 h. 45 à 9 heures, 8 accès se succèdent, le dernier est le 12^e. A 8 h. 30, *saignée de 450 grammes*, dont 300 grammes de caillot et 150 grammes de sérum ; après la saignée on pratique *une injection hypodermique de 1.000 grammes de sérum artificiel*. A 9 h. 20, pendant l'injection du sérum, elle a un 13^e accès. Elle est remise dans son lit, enveloppée de linge chaud. *Nouvelle injection de 1.200 grammes de sérum.*

10 heures : 14^e accès. Depuis son arrivée la malade n'a pas repris connaissance, elle est dans le coma. Temp. : 37°.

10 h. 15 : 15^e accès.

10 h. 20 : 16^e accès.

10 h. 30 : 17^e accès de 4 minutes de durée, c'est la période clonique qui dure, la respiration continuant à s'effectuer. Pour faire cesser ce long accès, on donne une inhalation de chloroforme qui l'interrompt. A ce moment, la tête est inclinée à droite, le côté gauche du corps présente de l'inertie.

10 h. 50 : 18^e accès suivi de coma.

11 h. 50 : 19^e accès, durée, 2 minutes.

12 h. 10 : 20^e accès.

12 h. 30 : 4 accès se suivent à quelques minutes d'intervalle sans coma. Temp. 39°, pouls : 160.

On pratique *une deuxième saignée de 500 grammes*.

La malade se calme presque aussitôt, n'a plus d'accès et sommeille. Pendant cette saignée, on est frappé de l'absence de sérum. La coagulation du sang est absolument complète. La malade est calme. Pas de nouvelle injection de sérum pour cette saignée. On a observé que la première saignée avait été suivie d'un calme relatif et que c'était après l'injection du sérum que la malade avait présenté des accès si longs.

Pouls fréquent : 180. Malgré cela le faciès est bon et l'on attend. La malade se calme peu à peu et s'endort. La nuit se passe sans incidents.

23 novembre : A 9 heures du matin, *lavage rectal* qu'on est obligé d'arrêter au bout de 6 à 7 litres, car la malade s'agite beaucoup. Les jours suivants, la malade se calme, les suites de couches sont normales et la malade sort de la Maternité guérie.

OBSERVATION XXVI

La nommée D..., 22 ans, primipare, vient de l'asile St-Jacques où elle était hospitalisée depuis 6 semaines.

Le 25 novembre 1900, elle arrive à la Maternité à 10 heures du matin. Les urines qu'on analyse se coagulent en masse. Il y a de l'œdème des membres inférieurs. On la transporte à la salle d'accouchement où elle a un accès d'éclampsie. Contractions fibrillaires des paupières, mâchoires rapprochées écume sanguinolente.

11 h. 20 : *Lavement de 2 litres* qui ne donne aucun résultat. Le col est en voie d'effacement, le volume de l'utérus correspond à 6 mois 1/2 environ.

11 h. 50 : 2^e accès. *Saignée d'environ 600 grammes.*

Midi 45 : 3^e accès.

1 h. 50 : 4^e accès. *Injection hypodermique de 1000 grammes de sérum.*

A 2 heures, *grand lavage rectal de 20 litres.*

De 2 h. 40 à 6 h. 45, 6 accès se succèdent après lesquels on fait *une nouvelle injection de 500 grammes de sérum.*

Temp. : 37° 4 ; pouls : 100.

Pendant la nuit du 29 au 30 novembre de 7 h. 5 du soir à 1 h. 20 du matin la malade a 15 accès d'éclampsie ce qui en porte le total à 25.

Au cours de ces accès on pratique *une 2^e saignée de 450 gr. et une injection de sérum de 1000 grammes.*

A 1 h. 20, la température est à 39° 1 ; le pouls 148.

La malade se calme jusqu'à 4 h. 45 du matin, heure à laquelle elle est prise de convulsions qui durent environ 1 minute et au cours desquelles on constate que tout son côté gauche est atteint de paralysie ; ce n'est qu'à la suite d'un nouvel accès d'éclampsie que cette paralysie disparaît

La malade est toujours dans le coma.

A 2 heures de l'après-midi. Temp. : 38° 5 ; pouls : 100 respiration 32.

L'urine recueillie en 24 heures (700 gr.) contient toujours une notable quantité d'albumine.

A 3 heures. *Grand lavement de 20 litres* ; la malade se calme un peu et s'agite de nouveau vers 7 heures du soir. La nuit est mauvaise, néanmoins la malade n'a plus d'accès. Le 1^{er} décembre à 6 h. 30 du matin elle accouche spontanément d'un enfant du sexe masculin, poids 1650 grammes.

A 7 heures délivrance naturelle et complète. Après l'accouchement la malade est toujours très agitée. A partir du 7 décembre l'albumine diminue rapidement et progressivement et la malade quitte la Maternité guérie.

OBSERVATION XXVII.

La nommée A..., 29 ans, multipare (trois grossesses antérieures).

1^{re} grossesse terminée à terme et spontanément.

2^e » » par un avortement à 3 mois.

3^e » » à terme et spontanément.

4^e » (actuelle) dernières règles le 12 avril.

Le 7 décembre 1900 elle a de violents maux de tête le soir à 8 heures.

Le 8 décembre à 1 heure du matin elle accouche chez elle en présence d'un médecin et d'une sage femme d'un enfant vivant porté aux débiles.

L'accouchement s'est terminé normalement.

A 8 heures du matin elle a un premier accès d'éclampsie. Le médecin lui donne *un grand lavement* sans résultat. Depuis ce moment les accès se succèdent, et elle a son 6^e accès à 5 h. du soir.

L'état général ayant été jugé mauvais, la malade est emmenée à l'hôpital Broussais à 5 h. 1/2 du soir et est renvoyée à la Maternité où elle arrive à 9 h. 40 du soir, le 8 décembre 1900.

A son arrivée la malade est très pâle et ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

L'urine recueillie est peu abondante et contient une notable quantité d'albumine.

Temp. : 38° 4, pouls : 96.

Grand lavage rectal de 60 litres, les 15 premiers litres reviennent clairs mais à partir du 16^{me} litre les matières fécales sont évacuées, noirâtres et de plus en plus abondantes. Pendant l'entérociyse elle a un moment d'agitation.

Une fois remise dans son lit elle se calme et dort environ 1 h. 1/2 sans s'agiter.

8 décembre. 11 heures soir :	7 ^{me} accès	} Urines recueillies jaune foncé, quantité 250 grammes. <i>Saignée 250 gram.</i> <i>Injection de sérum</i> 1150 grammes. Temp. 38°, pouls 116.
9 » 1 heure matin :	8 ^e »	
2 h. 1/12 » 9 ^e »		
4 heures » 10 ^e »		
5 h. 25 » 11 ^e »		
7 heures » 12 ^e »		
8 h. 50 » 13 ^e »		

La respiration est très faible, il n'y a pas d'œdème.

La tension du pouls prise avec l'appareil de Verdin donne 15.

Midi 5 : 14^e accès. A partir de ce moment la malade se calme et repose toute la soirée.

A 9 h. 1/2 on la sonde et on recueille 3/4 de litre d'urine très foncée qui dosée au réactif d'Esbach contient 5 grammes d'albumine.

La malade bien qu'agitée pendant la nuit n'a pas d'autre accès, mais à 4 heures du matin on est obligé de lui mettre la camisole de force.

10 décembre : La malade est encore agitée pendant la journée et pendant la nuit du 10 au 11.

Les urines dosées donnent 7 grammes d'albumine.

11 décembre : La malade se plaint toujours de troubles de la vue mais ils sont moins marqués.

Elle boit du lait avec plaisir et appétit.

Temp. matin : 37°, pouls : 100.

« soir 37° 2, pouls : 108.

12 décembre : Deux verres d'eau de Sedlitz amènent des garde-robes abondantes.

La malade voit clair ; les urines ne contiennent plus qu'un gramme d'albumine, quantité d'urine 1400 grammes.

13 décembre : L'urine ne contient plus d'albumine, la malade continue à suivre le régime lacté.

Suites de couches normales. Elle sort de la Maternité guérie.

OBSERVATION XXVIII

La nommée S..., 21 ans, primipare, entre à la Maternité le 12 décembre 1900, enceinte d'environ 8 mois. Elle a souffert pendant sa grossesse de rhumatismes articulaires. A l'examen des urines on constate de l'albumine en quantité notable, aussi la malade est-elle envoyée à l'infirmerie et soumise au régime lacté absolu. Le 15 décembre la malade a un accès convulsif après lequel on la fait passer au service d'accouchement.

Couches : Col long, fermé, rectum distendu.

Lavement de 2 litres d'eau contenant 2 verres d'eau de Sedlitz, les garde-robes sont peu abondantes, dures et noires. On administre *un nouveau lavement de 10 litres* qui amène des garde-robes abondantes et noirâtres.

Pendant ce lavement la malade a un autre accès convulsif qui n'est pas nettement un accès d'éclampsie, elle parle pendant son accès.

Les 20 grammes d'urine que l'on recueille à ce moment contiennent beaucoup d'albumine.

4 heures 15 du matin : Nouvel accès convulsif, pas de coma, pas de cyanose, la respiration n'est pas stertoreuse.

4 heures 20 : 1^{er} véritable accès d'éclampsie, temp : 37°8 ; pouls : 108.

4 heures 35 : 2^e accès, temp : 36°6 ; pouls : 112.

4 heures 40 : 3^e accès, temp : 37°8 ; pouls : 120.

Les accès deviennent subintrants et se succèdent toutes les 2 à 4 minutes. En 24 minutes la malade a 9 accès, le dernier a 5 heures 14 est le 12^e.

On pratique *une saignée de 650 grammes et une injection hypodermique de 1000 grammes de sérum*.

5 heures 25 : 13 accès d'éclampsie. A 10 heures tension artérielle 15.

Midi : Les urines sont peu abondantes et très foncées.

Temp : 37°5 ; pouls : 96. Garde-robes abondantes et liquides.
3 heures : *Lavement de 2 litres avec effet.* Temp : 37°2 ;
pouls : 80.

La malade repose un peu et demande à boire.

8 heures soir : Sommet engagé, dilatation 1 centimètre, chevauchement considérable des os du crâne. B. D. C. nuls.

Les urines recueillies sont en petite quantité et d'une coloration foncée. Temp ; 36°8 ; pouls : 96.

9 heures soir : *Injection hypodermique de 500 grammes de sérum.*

9 heures 20 : La poche des eaux se rompt, le liquide est noirâtre. La parturiente accouche spontanément d'un enfant mort de 1350 grammes.

L'arrière-faix complet pèse 175 grammes.

L'accouchée repose toute la nuit.

16 décembre, 7 heures matin : Temp : 37° ; pouls 128.

En 24 heures on a recueilli 500 grammes d'urine, qui au réactif d'Esbach contiennent 8 grammes d'albumine.

Néanmoins l'albumine diminue rapidement, les suites de couches sont normales et la malade sort de la Maternité guérie.

OBSERVATION XXIX

La nommée T..., primipare, 20 ans, entre à la Maternité le 13 décembre 1900, à 9 heures du matin. Elle a eu la scarlatine il y a 3 ans et n'a pas d'autres antécédents pathologiques.

A son arrivée la poche des eaux est rompue, et la femme est en travail.

A l'examen les urines présentent une quantité notable d'albumine ; il y a de l'œdème de la face, des paupières et des membres inférieurs.

Le sommet s'engage en D.P. Les bruits du cœur sont bons.

La parturiente a de violents maux de tête et des troubles de la vue. On pratique aussitôt *un grand lavage rectal* qui amène des garde-robes abondantes et verdâtres.

A 4 heures du soir, les contractions utérines sont très douloureuses, la dilatation est de 2 à 3 cent. ; la malade a un premier accès d'éclampsie qui dure une minute et n'occasionne pas de coma.

A 5 heures, *saignée de 600 grammes* ; la malade est très agitée.

A 5 h. 10, 2^e accès d'éclampsie.

A 6 h. 10, la malade accouche spontanément, le dégagement se fait en O.S. et la tête sort brusquement en déterminant une déchirure assez étendue du périnée, enfant vivant du sexe féminin, poids : 2,200 grammes.

On fait la délivrance artificielle ; le placenta qui pèse 400 grammes est découronné, une partie des membranes n'a pas été expulsée. A l'examen du placenta on constate deux foyers hémorragiques. Pendant la délivrance la malade a perdu environ 200 grammes de sang.

La malade est toujours très agitée.

A 6 h. 34, *injection sous-cutanée de 700 grammes de sérum*.

A 6 h. 35, 3^e accès d'éclampsie, durée 1 min. 1/2, pas de coma. La malade se calme. Temp. : 36°8, pouls 120.

Les suites de couches sont normales et la malade sort de la Maternité guérie.

OBSERVATION XXX

La nommée L..., multipare (6 grossesses antérieures) entre à la Maternité le 6 janvier 1901. Elle est à terme.

Les 6 grossesses antérieures se sont toutes terminées entre 2 mois et 5 mois et demi. Cause ignorée.

Septième grossesse (actuelle). Alors qu'elle n'était enceinte que depuis un mois environ ses urines contenaient 2 gr. et demi d'albumine par litre.

La malade s'était soumise au régime lacté mais au bout de 15 jours elle reprenait quelques aliments, puis elle se remettait au lait, mais mangeait un peu tous les 3 ou 4 jours et continuait ainsi jusqu'au 5^e mois. A partir de ce moment elle s'était remise au régime lacté absolu. La grossesse suivait son cours lorsque dans la nuit du 5 au 6 janvier elle est prise d'accès d'éclampsie et a 9 accès qui se succèdent rapidement. Elle est amenée à la Maternité dans la matinée du 6 janvier. On fait une application de forceps et on extrait un enfant mort du poids de 3100 gr.

Les os du crâne chevauchent considérablement les uns sur les autres ce qui tendrait à prouver que la mort remonte déjà à quelque temps. Délivrance incomplète, membranes friables, poids 600 gr.

A 11 h. et demi du matin, elle a un premier accès à la Maternité (10 minutes en tout). On pratique *une saignée de 400 gr.*

A midi et demi, 11^e accès. *Lavage rectal de 20 litres* qui n'amène que peu de matières fécales.

A 1 h. 5, 12^e accès. *Injection hypodermique de 1500 gr. de sérum artificiel.*

Au moment de la saignée le pouls étant devenu petit on constate que la malade perd de gros caillots qui sont recueillis, poids 500 gr.

A 2 heures, 13^e accès.

De 3 h. à 6 h., calme relatif.

A 6 h. 10, 14^e accès.

Le 7 janvier à 2 h. du matin, 15^e accès. Température 36°6, pouls 68.

A 8 h. 20, 16^e accès.

A 9 h., *lavage rectal de 20 litres* qui amène des garde-robes abondantes et jaunes.

Après ce lavage, la malade se calme.

A 11 h. du matin. *Nouvelle injection hypodermique de 1000 gr. de sérum.*

Suites de couches. La malade est calme, elle a repris sa connaissance. L'urine contient toujours beaucoup d'albumine.

8, 9, 10 et 11 janvier. La malade va assez bien, on lui donne *un lavement de 4 litres tous les jours*.

12 et 13 janvier. Comme il y a un peu de constipation on lui donne pendant plusieurs jours de l'eau de Sedlitz.

Jusqu'au 1^{er} février la malade a un peu de température due à la rétention des membranes.

Les jours suivants, l'albumine diminue considérablement dans les urines.

La malade quitte la Maternité le 6 février 1901 bien portante.

OBSERVATION XXXI

La nommée M..., secondipare, 42 ans, entre à la Maternité le 4 mai 1900.

Première grossesse à 23 ans, grossesse normale, accouchement à terme, travail long, présentation du sommet. Application de forceps, enfant gros, vivant actuellement.

Mérite à 32 ans, soignée à l'Hôtel-Dieu (crayon au chlorure de zinc). A la suite de ce traitement, les règles sont supprimées pendant 8 ans sans que la santé générale en ait été troublée. Les règles reparurent en juillet 1898 sans caractère de périodicité et ne ressemblant pas comme qualité à celles d'autrefois (sang noir).

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles le 13 août 1899. S'est bien portée pendant sa grossesse.

Le 4 mai, à la consultation. on constate une présentation de l'épaule et le 8 mai, elle est montée salle Désormeaux.

Examen : Présentation transversale, dos en avant, tête dans la fosse iliaque gauche en situation élevée. Tentatives infructueuses de version, peu de liquide amniotique.

11 mai : Version céphalique par manœuvres externes sous le

chloroforme, mais la tête qui ne peut être maintenue, fuit dans la fosse iliaque gauche.

12 mai : On ramène le siège au détroit supérieur, mais pas plus que la tête, le siège ne se maintient en place.

15 au 16 mai : Malaises, vomissements.

16 mai, 10 heures du matin : Premier accès d'éclampsie,
Saignée : 600 gr. ; injection de sérum : 1.200 gr.

A ce moment seulement, on constate de l'albumine dans les urines.

17 mai : Nuit calme. A 8 heures du matin, *lavage rectal de 20 litres.*

20 mai : L'utérus est constamment dur, les bruits du cœur ne sont plus perçus.

Céphalée, nausées, malaise général, les urines ne contiennent plus d'albumine.

22 juin : Crépitation osseuse au niveau de la tête.

Utérus toujours dur, on s'aperçoit que les membranes sont rompues.

24 juin à midi 45. Application d'un petit ballon Champetier de Ribes qui est expulsé spontanément 2 fois avant d'être complètement gonflé.

A 1 h. 15 il est expulsé complètement gonflé. Il existe à ce moment 2 petites déchirures du col portant sur les commissures, n'allant pas jusqu'au cul-de-sac vaginal.

A 9 h. du soir. Chloroforme, embryotomie cervicale pratiquée sans trop de difficulté sauf au moment où M. Porak extrait le crochet qui gênait le jeu de la ficelle-scie.

Extraction du tronc et de la tête sans difficulté. Délivrance artificielle; le placenta très étendu est aplati en galette, il est uniformément dur et scléreux.

Lavage intra-utérin et tamponnement.

A 10 h. 20. La malade saigne abondamment, on enlève le tamponnement et la main mise dans l'utérus le trouve rempli de caillots; l'utérus est vide et l'on trouve alors partant du col à gauche une déchirure qui remonte sur tout le segment infé-

rieur; le péritoine n'est pas intéressé. Injection intra-utérine très chaude, on ne tamponne pas l'utérus que l'on maintient à travers la paroi abdominale. La malade est extrêmement pâle, très oppressée, le pouls est incomptable. Injection de caféine, d'éther.

Injection intraveineuse de sérum 1.200 gr., puis une injection sous-cutanée de 300 à 400 gr.

La malade succombe à 11 h. 20.

Autopsie : Utérus aplati remontant plus haut que l'ombilic. Congestions des ovaires et des pavillons des trompes.

Dans la partie inférieure du ligament large droit hématome du volume d'une petite mandarine.

Rupture du segment inférieur sur le bord gauche, sur une étendue de cinq à six cent. respectant la péritoine. Col intact. Cavité utérine saine.

OBSERVATION XXXII

La nommée L..., secondipare, 41 ans, à terme entre à la Maternité le 12 mai 1900.

Au cours de sa première grossesse qui a eu lieu il y a deux ans elle avait déjà eu des accès d'éclampsie qui avaient été traités par *la saignée* en ville.

Deuxième grossesse actuelle. La malade vint à la consultation tous les 15 jours régulièrement à cause de l'albumine qu'elle présentait dans les urines. Elle fut soumise au régime lacté et à la viande blanche pendant toute la durée de sa grossesse.

Le 12 mai à 8 h. du soir elle ressent les premières douleurs. Sommet qui s'engage en G. A.

B. D. C. bons.

Le 13 mai à 1 h. de l'après-midi les membranes se rompent spontanément. A 1 h. 1/2 elle accouche d'un enfant vivant du sexe masculin, poids 2850 gr.

A 1 h. 45 délivrance complète 550 gr. Les membranes sont déchirées sur le bord placentaire, ce qui fit diagnostiquer une insertion vicieuse.

A 5 h. 1/2 elle est prise d'un accès d'éclampsie avec un coma qui dure 10 minutes ; céphalée intense, douleurs de reins. On recueille 650 gr. d'urines qui ne présentent qu'un léger trouble à la chaleur.

A 7 h. 20, 2^e accès, coma d'une demi-heure.

Saignée de 500 gr.

A 8 h. 1/2, 3^e accès. L'urine contient une plus grande quantité que la première fois.

A 8 h. 40, *injection de sérum de 1000 gr.*

A partir de ce moment la malade va mieux. Les suites de couches sont normales. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

La nommée P..., primipare, est amenée à la Maternité le 31 juillet à midi et demie. Personne ne peut donner de renseignements sur ce qui s'est passé dans la matinée.

Cette malade, qui se trouvait seule chez elle, fut prise d'accès et des voisins la trouvèrent couchée par terre, probablement tombée de son lit. A son arrivée à l'hôpital, elle est dans le coma. On remarque en plusieurs points du corps des ecchymoses qui permettent de supposer plusieurs accès antérieurs. Les personnes qui l'accompagnent assurent que la malade a été mise au régime lacté depuis 8 jours ; elle aurait été intoxiquée après avoir mangé de la viande altérée.

Terme probable de la grossesse : 7 mois 1/2 à 8 mois. Col presque effacé, dilatable, 2 centim.

A 1 h. de l'après-midi, 1 ^{er} accès	} A 1 h. 30 entérocluse de 40 litres à partir du 16 ^e litre, le liquide revient vert teinté de bile.
1 h. 15 » 2 ^e »	
1 h. 40 » 3 ^e »	

Saignée de 600 gr.

2 h. 5 de l'après-midi 4^e accès. *Injection hypodermique de 1000 gr. de sérum.*

2 h. 25	»	5 ^e	»	Temp. 37° 5.
2 h. 40	»	6 ^e	»	
3 h.	»	7 ^e	»	
4 h. 10	»	8 ^e	»	Temp. 38° 4. pouls 172.
5 h. 25	»	9 ^e	»	
6 h. 20	»	10 ^e	»	
7 h. 30	»	11 ^e	»	Temp. 37° 5, pouls 140, resp. 40.
10 h. 30	»	12 ^e	»	

1^{er} août, 1 h. 20 de l'après-midi, 13^e accès.

La malade est toujours sans connaissance, néanmoins elle n'a plus d'accès jusqu'à 6 h. du matin. A ce moment, elle a un 14^e accès assez long, au cours duquel elle expulse un fœtus d'environ 7 mois, mort depuis la veille et pesant 1800 gr.

Délivrance artificielle, poids 400 gr.

On sonde la malade et on recueille 400 gr. d'urine. L'accouchée ne perd pas une goutte de sang.

Nouvelle injection de sérum de 500 grammes.

Temp. 36° 5; pouls, 88.

A 10 heures, la malade va spontanément à la garde-robe; matières peu abondantes.

Midi: temp., 38° 4; pouls, 132.

5 heures: temp., 37°; pouls, 138.

Le réactif d'Esbach décèle 14 grammes d'albumine.

Les suites de couches sont normales. Guérison.

OBSERVATION XXXIV (résumée)

La nommée B..., 42 ans, multipare, entre à la Maternité le 11 août 1900 à 2 heures du soir. La malade a eu six grossesses antérieures qui toutes se sont terminées normalement sauf la dernière où elle accoucha à terme d'un enfant mort et avait eu un accès d'éclampsie.

7^e grossesse actuelle. Evolue normalement. Accouchement

spontané à huit mois et demi d'un garçon vivant ayant présenté le sommet. Ayant eu chez elle six accès d'éclampsie, la malade est amenée à la Maternité à 2 heures du soir. Temp., 38° ; pouls, 80.

Grand lavage rectal de 50 litres.

A 4 heures, 7^e accès. *Saignée 500 grammes, injection de sérum, 1.000 grammes.* On recueille un demi-litre d'urine, couleur acajou.

12 août 1900. La malade a eu 7 accès de 7 heures du soir à 11 heures du matin. A partir de ce moment elle n'a plus d'accès et reprend connaissance.

Temp., matin, 37° 8 ; pouls, 84.

Temp., soir, 37° 8 ; pouls, 84.

13 août 1900. La malade n'a pas eu de nouvel accès. *Lavage de 8 litres.*

On recueille un litre d'urine foncée.

Elle boit très difficilement.

Temp., matin, 37° 8 ; pouls, 92.

Temp., soir, 37° ; pouls, 88.

Suites de couches normales. Guérison.

OBSERVATION XXXV

La nommée F..., primipare, 25 ans, entre à la Maternité le 3 janvier 1901 à 11 heures du soir.

Cette malade est amenée par une sage-femme qui dit qu'elle a eu depuis 7 heures du soir, cinq accès d'éclampsie.

A minuit. Temp. : 37° 5 ; pouls : 88.

La malade est sans connaissance, le faciès oedématié, elle a été antérieurement traitée pour une néphrite et est au régime lacté absolu depuis 4 mois.

Examen : Grossesse d'environ 8 mois. Enfant vivant en D. P., pas d'urine dans la vessie : *Grand lavage rectal* qui

amène une assez grande quantité de matières fécales blanchâtres couleur mastic.

4 janvier, 1 h. 35 : Accès d'éclampsie suivi de coma, puis la malade repose jusqu'à 3 h. 1/2.

A 3 h. 1/2 2^e accès, Temp. : 39 ; pouls : 138, respiration 32 tension artérielle 13.

On sonde la malade et on recueille 225 gr. d'urine couleur café noir.

Saignée 600 grammes. Tension après la saignée 4.

Pendant la saignée la malade a un 3^e accès d'éclampsie et se mord violemment la langue malgré les efforts faits pour la maintenir dans la cavité buccale.

La langue s'œdématie rapidement, il en résulte une gêne considérable de la respiration qui devient bruyante et saccadée.

Injection sous-cutanée de 1200 grammes de sérum artificiel, la tension artérielle remonte à 13.

A 5 h. 20 du matin 4^e accès.

A 7 heures du matin 5^e accès.

Temp. : 38° 5 ; pouls : 140 ; respiration 36°.

11 heures, affaissement général, stupeur, myosis assez accentué, nystagmus horizontal intermittent ; photophobie, anesthésie des membres supérieurs.

11 h. 1/4 on sonde la malade dont les urines sont un peu plus claires.

Temp. : 27° ; pouls : 112.

A 4 heures on sonde la parturiente, l'urine est un peu plus foncée que le matin.

A 5 h. et demie *injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum.*

Jusqu'à minuit la malade est relativement calme. On recueille 350 gr. d'urine plus claire que précédemment.

5 janvier à 9 h. du matin, *grand lavage rectal* de 48 litres, garde-robes abondantes, la malade est sondée, 200 gr. d'urine claire.

La malade est calme et répond aux questions qu'on lui pose.

6 janvier. Nuit très calme, émission d'urine presque normale ne contenant que très peu d'albumine.

9 janvier, minuit. La parturiente ressent des douleurs, les bruits du cœur ne sont plus perçus sommet engagé en D.

Membranes intactes, contractions énergiques et régulières.

A 2 h. 10 les membranes se rompent et la parturiente accouche spontanément d'un enfant mort et macéré à 8 mois de terme environ. Poids 1600 gr.

Délivrance par la méthode mixte, poids 350 gr.

L'accouchée va bien. Les suites de couches sont normales. Guérison.

OBSERVATION XXXVI (résumée).

La nommée R... primipare, 25 ans, à terme, entre à la Maternité le 19 mars 1901 à 7 heures et demie du matin. Les urines contiennent de l'albumine.

A 8 heures 15, la dilatation est complète, les B. D. C. bons.

A 8 heures 45, la malade a un premier accès d'éclampsie et à 9 heures elle accouche spontanément d'un enfant du sexe féminin, poids 2950 grammes.

A 9 heures 15, 2^e accès d'éclampsie qui n'est pas suivi de coma. Cet accès survient aussitôt après une injection intra-utérine. La délivrance est faite par la méthode mixte, les membranes sont incomplètes.

La malade qui est en proie à une violente céphalée a aussi des douleurs de reins mais n'accuse pas de maux d'estomac.

Comme elle a des étouffements, on lui fait respirer de l'oxygène.

A 10 heures 50 du matin, 3^e accès qui dure 1 minute, pas de coma.

A 11 heures 25 du matin, 4^e accès. *Lavage rectal de 60 litres*, jusqu'au 15^e litre les garde-robes sont abondantes, après quoi le liquide revient à peine teinté. Le flot de bile par le rectum

ne se produit pas, mais par contre, la malade a des vomissements bilieux très abondants.

Midi : 5^e accès ; durée, 1/2 minute.

1 heure 15 : 6^e accès ; coma, 8 minutes.

1 heure 55 : 7^e accès. *Lavage rectal de 20 litres* ; le liquide revient clair, mais la malade est de nouveau reprise de vomissements bilieux excessivement abondants.

7 heures 24 : 8^e accès. Durée du coma 45 minutes.

3 heures 25 : 9^e accès. Avant cet accès la malade a évacué des matières alvines dans son lit. Temp : 37°2 ; pouls : 108.

4 heures : 10^e accès. Temp : 36°8 ; pouls : 120.

4 heures 20 : 11^e accès.

5 heures 16 : 12^e accès. Durée 1 minute, coma.

5 heures 50 : 13^e accès.

5 heures 55 : 14^e accès.

6 heures 12 : 15^e accès. *Saignée 400 grammes.*

6 heures 45 : 16^e accès. *Injection de sérum, 1000 grammes.*

De 7 h. 5 à 9 h. 5, cinq accès se succèdent, ce qui en porte le nombre à 21. La respiration est stertoreuse. La malade rend beaucoup de mucosités.

A 9 h. 20, 22^e accès. Temp. : 37°6 ; pouls 124. Respiration 20. *Injection de sérum 500 grammes.*

10 h. 5 : 23^e accès.

10 h 40 : 24^e accès.

11 h. 15 : 25^e accès. La malade transpire abondamment.

11 h. 40 : 26^e accès, Temp. 37°8 ; pouls : 128.

Minuit 20 : 27^e accès. La respiration stertoreuse persiste entre chaque accès.

20 mars 1901.

1 heure matin : 28^e accès.

1 h. 40 : 29^e accès. Temp. : 38°2 ; pouls : 128.

1 h. 35 : 30^e accès.

3 h. 35 : 31^e accès.

4 h. 20 : 32^e accès : Temp. : 38°6 ; pouls : 112 ; resp. : 32.

5 h. 15 : 33^e accès.

A 7 h. 1/2, le dosage de l'urine au réactif d'Esbach, révèle 14 grammes d'albumine par litre.

A 8 heures, la malade est sondée, l'urine est rougeâtre ; la quantité recueillie depuis hier soir à 6 heures est de 1250 grammes. L'analyse des urines du matin ne décèle qu'une très petite quantité d'albumine.

La malade est calme et reposée.

A 11 h. 15, temp. 38°2 ; pouls : 104, resp. : 24.

1^{er} avril. — Ovairo-salpingite droite. Temp. : 39°.

Guérison.

STATISTIQUE

Dans la communication qu'il fit au dernier congrès d'obstétrique, M. Porak divise ses observations concernant le traitement de l'éclampsie en trois périodes.

Dans la première période qui va de 1882 à 1891 il emploie les purgatifs, la saignée et les médicaments qui ont la réputation d'atténuer les réflexes supposés des accès éclamptiques : chloroforme, choral, morphine.

Sur 50 cas d'éclampsie, il a une mortalité de 16 cas, dont 2 cas attribuables à la septicémie soit 14 décès ou *28 pour 100*.

Il en conclut que la thérapeutique qu'il a appliquée pendant cette période et qu'en particulier la saignée seule est insuffisante.

Dans la deuxième période qui va de 1891 à fin février 1898 il a recours aux injections sous-cutanées d'eau salée à 7/1000.

Sur 41 cas, 11 décès c'est-à-dire *26, 84 pour 100*.

Le résultat dans cette seconde période est comparable à celui de la première. L'hypodermoclyse employée

seule, pas plus que la saignée, n'est donc capable d'abaisser notablement la mortalité dans les accès d'éclampsie.

Dans la troisième période qui va de mars 1898 à juillet 1900 où fut institué le traitement qui fait le sujet de cette thèse, il s'est présenté 47 cas avec une mortalité de 5 cas, dont 3 décès seulement sont dus à l'éclampsie proprement dite, ce qui donne le magnifique résultat de 6, 38 pour 100.

Les observations que nous présentons ci-contre comprennent *la totalité* des cas d'éclampsie qui ont été traités à la Maternité depuis le 1^{er} janvier 1899 jusqu'au 2^e mai 1901.

Nous avons, avec l'autorisation de M. Porak, compulsé personnellement les registres du service et avons relevé toutes les observations relatives aux femmes éclamptiques.

Ces observations sont au nombre de 36; sur ces 36 cas nous avons 4 décès.

Analysons succinctement ces 4 observations.

Dans la première (obs. XVIII) la malade a, en 36 heures, 40 accès d'éclampsie que le traitement est impuissant à conjurer.

Dans la deuxième (obs. XXII), on voit qu'aucun renseignement sur la thérapeutique antérieure de la malade n'a pu être pris et que si notre traitement s'est trouvé en défaut, c'est qu'il a probablement été appliqué trop tard. En effet, un grand lavage rectal de 80 litres ne ramène pas de matières fécales; on a toutes les peines du monde à retirer 500 gr. de sang au moyen de la sai-

gnée et enfin les injections de sérum ne sont pas absorbées, les émonctoires devant être irrémédiablement altérés; il est regrettable que l'autopsie n'ait pu être faite.

Dans le 3^e cas (obs. XXIII), le décès est attribué à une pneumonie massive.

Dans le 4^e cas (obs. XXXI), la malade chez laquelle on a pratiqué une embryotomie cervicale, et qui a une rupture utérine du segment inférieur, n'a qu'un seul accès d'éclampsie. De plus nous voyons que les symptômes qui précèdent la mort, pâleur excessive, oppression, pouls, incomptable, sont ceux d'une grande hémorrhagie. C'est donc logiquement à ce dernier accident que l'on doit attribuer le décès.

En somme sur 36 cas, deux décès seulement sont imputables à l'éclampsie proprement dite, ce qui donne une mortalité de 5,5 *pour 100*.

Nous répèterons ici que cette statistique n'a pas été établie sur des observations choisies mais bien sur la totalité des cas qui se sont présentés dans le service. Nous ne croyons pas que pareil résultat ait jamais été atteint par les autres modes de traitement.

CONCLUSIONS

1° De la pathogénie complexe des accès d'éclampsie il résulte que les organes chargés de l'élimination des toxines (reins, foie, intestin) ont subi une atteinte cellulaire ou fonctionnelle.

2° Tout traitement médicamenteux ne pourra, en pareille circonstance, qu'être un traitement palliatif et symptomatique ajoutant une intoxication chimique à l'auto-intoxication.

3° Le traitement rationnel et pathogénique visera à relever les fonctions rénales (diurèse) et hépatiques (provocation de la sécrétion biliaire) et à aseptiser l'intestin.

4° Il y arrivera par l'emploi dissocié ou simultané de la saignée, de l'injection de sérum artificiel et du grand lavage intestinal.

5° D'après la série d'observations que nous avons publiées, les résultats donnés par l'application de cette méthode à l'exclusion de toute thérapeutique médicamen-

teuse sont supérieurs à tous ceux obtenus par les autres méthodes jusqu'ici employées.

6° Ce traitement ne comporte aucune modification ni restriction de l'intervention obstétricale.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
PINARD

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- APPLEBY. — Le gaiacol dans l'éclampsie puerpérale 18 mars 1897).
- AUVARD et DANIEL. — Eclampsie, électricité galvanique (*Arch. de gyn.*, sept. 1896).
- BARROWS. — Eclampsie puerpérale traitée par les incisions de Duehrssen et le veratrum viride. (*N-York med. j.*, p. 662. 23 nov. 1895.)
- BOSSI. — Le traitement de l'éclampsie (*Gazette d'osped.*, 22 nov.)
- BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale (*Thèse*, Paris, 1891).
- BRINDEAU. — Traitement de l'éclampsie puerpérale (*Union méd.*, 27 avr. 1895).
- BUÉ. — Pathogénie et traitement des accès éclamptiques (*Arch. de gyn.*, sep. 1896).
- CHARLES (N). — Cours d'accouchement (1892).
- CHARPENTIER. — *Bulletin de l'Académie de médecine* (janvier 1893).
- CHARPENTIER (A). — De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques (*Thèse d'agrégation*, juillet 1872).
- CHARPENTIER, HALBERSTMA, MANGIOGALLI et BYERS. — Traitement de l'éclampsie (Congrès de gyn. *Semaine méd.*, 16 sept. 1896).

- CLARK. — Acétone dans l'éclampsie (*Amer. j. of obst.*, fév. 1897).
- CLOWES. — Eclampsie puerpérale traitée par l'hyoscine (*Lancet*, 3 oct. 1896).
- COSTON. — Eclampsie puerpérale (*Therap. gaz.*, 15 juin 1896).
- DASTRE et LOYE. — *Arch. de physiol.*, 1889.
- DAVIS. — Eclampsie. Emploi du veratrum (*Med. News*, 9 fév. 1895).
- DAVIS. — Prophylaxie et traitement de l'éclampsie (*Therap. Gaz.*, 15 juillet 1895).
- DEPAUL. — Rapport sur le mémoire de Mascarel lu à l'Académie de médecine le 3 janvier 1854 (*Bull. acad. méd.*, t. XIX, 1854, p. 266).
- DÖDERLEIN. — Le traitement de l'éclampsie (*Munich. med. Woch.*, n° 26, p. 509, 1894).
- DRÉJER. — Sur le traitement obstétrical de l'éclampsie (*Nork. Magaz.*, sept. 1896).
- DUBOST. — Contrib. à l'étude du trait. de l'album. Thèse, Paris, 1891).
- DWYER. — Saignée dans l'éclampsie (*New-York. med. j.*, 5 janv. 1895).
- EDGAR. — Traitement de l'éclampsie puerpérale (*Med. Record.*, 26 déc. 1896).
- FANTON D'ANDON. — Sur l'emploi en Amérique du veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie (Thèse, Paris, 1897).
- FERRÉ. — Du traitement de l'éclampsie puerpérale (*L'obst.*, 15 nov. 1896).
- FERRÉ. De l'éclampsie puerpérale et de son traitement (*Nouv. arch. d'obst.*, 25 nov. 1894).
- Presse méd. belge*, 25 avril et *J. de med.*, Paris, 6 juin.
- FRIEDMANN. — Traitement de l'éclampsie avant l'accouchement (Thèse, Königsberg, 1897).
- GUBAROFF. — Application continue de la chaleur sur les régions

- lombaires (vessie de caoutchouc remplie d'eau chaude, 6 cas, 6 guérisons) (*Centralbl. f. gyn.*, 2 fév. 1896).
- GARDENER. — Eclampsie traitée par le chloral, le bromure et les inhalations de chloroforme (*Lancet*, 9 oct. 1897).
- GIBSON. — Eclampsie puerpérale sans symptômes rénaux, saignée, guérison (*Lancet*, 24 oct. 1896).
- GUBAROFF. — Traitement de l'éclampsie puerpérale (*Centralbl. f. gyn.*, 2 fév. 1895).
- GÜRICH. — Action de la morphine dans le traitement de l'éclampsie puerpérale (*Thèse*, Breslau).
- HALBERTSMA. — Traitement de l'éclampsie (*Wiener med. Woch.*, 10 oct. 1896).
- HEADY. — Eclampsie traitée par de hautes doses de morphine en injections (*Amer. j. of. obst.*, août 1897).
- JACCOUD. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.*
- JAGODINSKY. — Sur les lésions cérébrales dans l'éclampsie puerpérale (*Vratch*, 9 mars 1895).
- JAGODINSKY. — Lésions anatomiques du cerveau dans l'éclampsie puerpérale (*Thèse*, Saint Pétersbourg, 1895).
- KETTLITZ. — De l'opération césarienne contre l'éclampsie. (*Thèse*, Halle, 1897.)
- KOLLMANN. — Etiologie et traitement de l'éclampsie. (*Cent. f. Gyn.*, 3 avril 1897.)
- LANDOUZY (L.). — *Les sérothérapies.*
- LEJARS. — *Le lavage du sang.* Monog. cliniques de la collection Critzmann, 10 juillet 1897.
- LESAGE et DAURIAC. — Des grands lavages de l'intestin grêle. (*Gaz. des hôpitaux*, 1893).
- MACALISTER. — Eclampsie au 7^e mois de la grossesse, inhalations d'oxygène. Guérison. (*Lancet*, 17 juillet 1897.)
- MANGIOGALLI. — Traitement de l'éclampsie. (*Ann. di Ostet.* Sept. 1896.)
- MANGIOGALLI. — Le traitement de l'éclampsie. (*Ann. of gyn.* nov. 1896.)

- MARX. — Traitement médical de l'éclampsie. (*Americ. med. Bull.* 18 juillet 1896.)
- MAURICEAU. — *Maladies des femmes enceintes.*
- MICHEL. — Est-il utile de pratiquer l'accouchement chez une femme ayant des accès d'éclampsie? (*Thèse*, Paris, 1897.)
- MULLER. — Traitement de l'éclampsie des femmes enceintes. (*Corresp. Blatt. f. Schweitz Aerzte*, 15 oct. 1895.)
- MUSELLI (J. M.). — L'entéroclisme et ses indications. (*J. de Méd. de Bordeaux*, 16 sept. 1883.)
- OUI. — Traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Echo méd. Nord*, 16 mai 1897.)
- PAOLETTI. — Un cas d'éclampsie traitée par la méthode de Bossi. (*Gaz d. Osped*, 18 avril 1897.)
- PESTALOZZA. — Sur la théorie moderne et le traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Settim. med.*, 2 janvier 1897.)
- PESTALOZZA. — Conception moderne et traitement de l'éclampsie. (*Settimana med.*, 12 déc. 1896.)
- PINARD. — *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 5 janvier 1893.
- POTTER. — Le traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Amer. j. of obst.* nov. 1897.)
- RAE. — Injection de pilocarpine dans l'éclampsie. (*Brit. med. j.*, 18 sept. 1897.)
- RIBEMONT-DESSAIGNES et G. LEPAGE. — *Précis d'obstétrique.*
- ROBIN. — *Mémoire à l'Acad. des sciences*, 19 sept. 1853).
- MAC SCHANE. — Traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Journal Americ. med. ass.*, 29 février 1896.)
- SCHOBER. — Eclampsie traitée par de hautes doses de vératrum (*Amer. j. of obst.*, juin 1897.)
- THAYER. — Le veratrum viride dans l'éclampsie. (*Boston med. journal*, 1^{er} avril 1897.)
- THOMASON. — Prophylaxie et traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Journal American med. Ass.*, 1^{er} août 1896.)
- TIBONE. — Rapport au Congrès de Rome. (*Ann. de Gyn.*, 1894).
- TOUVENAIN. — Pathogénie et traitement de l'éclampsie. (*Rev. int. de méd. et de chir.*, 5 nov. 1894.)

- TWEEDY. — Traitement de l'éclampsie survenant pendant la grossesse sans signes de travail. (*Brit. med. j.*, 29 février 1896.)
- VAUWELAERS. — Eclampsie grave d'origine gastro-intestinale guérie par les injections hypodermiques d'eau salée.
- WILLIS. — Le veratrum viride dans l'éclampsie. (*Med. News*, 28 mars 1896.)
- WORCESTER. — Cinq cas d'éclampsie, commentaires sur le traitement. (*Boston med. j.*, 4 mars 1897.)
- ZWEIFEL. — Traitement de l'éclampsie, 129 cas. (*Centralb. f. Gyn.*, 16 nov. 1895).



BUZANÇAIS (INDRE). IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
